

# DATA ENTRY TEMPLATES

## Module No. 1: Medical Examination Details

SR	Name of Field	Remark	Write Up Space
1	<b>Form Name: Medical Examination Details</b>		
	<b>Certificate Number *</b>	मुळ सेवा पुस्तकातील Medical Certificate वरील नोंदी प्रमाणे	
	<b>Certificate Date *</b>	मुळ सेवा पुस्तकातील Medical Certificate वरील नोंदी प्रमाणे	
	<b>Medical Cert. Issuing Authority *</b>	मुळ सेवा पुस्तकातील Medical Certificate वरील नोंदी प्रमाणे	
	<b>Name of Hospital *</b>	मुळ सेवा पुस्तकातील Medical Certificate वरील नोंदी प्रमाणे	
	<b>Result *</b>	मुळ सेवा पुस्तकातील Medical Certificate वरील नोंदी प्रमाणे	