

इन्टर्नशीप सर्टिफिकेट

प्रमाणित किया जाता है कि (छात्र/छात्रा का नाम).....
पुत्र/पुत्री श्री (पिता का नाम)..... निवासी (स्थायी पता)

..... ने Bachelor in Electro Homeopathy Medicine System (BEMS) कोर्स
हेतु निर्धारित 6 माह का प्रशिक्षण पूरा कर लिया है | (छात्र/छात्रा का नाम).....
अब प्राथमिक चिकित्सा केन्द्र संचालन हेतु सक्षम है।
मैं इनके उज्ज्वल भविष्य की कामना करता हूँ।

दिनांक.....

हस्ताक्षर.....

(डाक्टर का नाम व पता).....

.....

.....

.....

डाक्टर का रजिस्ट्रेशन संख्या.....