

ಮಾನಸಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ

[ವೈದ್ಯರ ಲೆಟರ್ ಹೆಡ್‌ನಲ್ಲಿ]

ದಿನಾಂಕ: _____ ಸ್ಥಳ : _____

ನಾನು [ಹೆಸರು] ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯೊಂದಿಗೆ ದಾಖಲಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರನಾಗಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ [ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ].

ಈ ಮೂಲಕ ನಾನು [ನಿರ್ದೇಶನವನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು] ಅವರನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು [ಅವರು] ತಮ್ಮ ಮುಂಗಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿರ್ದೇಶನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

[ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ]