

IOM**NITIE**

From : DR (Admn)

Sub: Medical Examination

No. Admn/Med./

To : Medical Officer

Date:

We are sending Dr/Shri/Mrs./Miss _____ a selected candidate for the post of _____ medical examination.

Please examine him/her medically and furnish your opinion about his/her state of health and age in the enclosed form.

DY. REGISTRAR (ADMN)

आईओएम

नीटी

द्वारा : उपकुलसचिव (प्रशासन)

विषय: चिकित्सा परीक्षा

सं. एडीएम/चिकित्सा

प्रति : चिकित्सा अधिकारी

दिनांक:

हम _____ पद के लिये चुने गये आवेदक डॉ/श्री/श्रीमती/कुमारी _____ को चिकित्सा परीक्षा के लिये भेज रहे है।

कृपया आप उनका चिकित्सीय परीक्षण करें तथा संलग्न फॉर्म में उनके स्वास्थ्य की स्थिति एवं उम्र के विषय में अपनी राय भेजें

उपकुलसचिव (प्रशासन)