

To,

The Chief Medical Officer (CMO)

_____ (hospital name)

_____ (District)

Subject:- Internship/ Hospital Training

Respected sir/madam,

With due respect I am _____ (Your name), S/O _____ (your father name),
_____ (District Name). I would like to state that I have completed D. Pharma from
_____ (Institute name).

As per Pci guideline 90 days or 3 months (500 hours) Hospital training is mandatory.
So I am willing to do Hospital training in this hospital.

Kindly please give me permission to do hospital training in this hospital. I will be
thankful to you.

Thanking you

_____ (Your name)

_____ (District name)

Date:- _____

सेवा में,

जिला मुख्य सिकित्सा अधिकारी

_____ (जिले का नाम)

बिषय: अस्पताल में प्रशिक्षण लेने हेतु

महोदय,

सादर अनुरोध करना हे की मैं _____ (आपका नाम), S/O _____ (आपके पिता का नाम), _____ (जिले का नाम)
का मूल निवाशी हु, मैंने _____ (संस्थान का नाम) से डी. फार्मा पूरा कर लिया है।

पीसीआई (P.S.I) गाइडलाइन के अनुसार 90 दिन या 3 महीने (500 घंटे) अस्पताल में प्रशिक्षण अनिवार्य है।
इसलिए मैं इस अस्पताल में हॉस्पिटल ट्रेनिंग करना चाहता हु ।

कृपया मुझे इस अस्पताल में अस्पताल प्रशिक्षण करने की अनुमति दें। मैं आपका आभारी रहूंगा।

आपको धन्यवाद

_____ (तुम्हारा नाम)

_____ (जिले का नाम)

दिनांक:- _____