

ક્રમાંક: GAD/AFH/e-file/1/2025/0790/Haj

ગુજરાત રાજ્ય હજ સમિતિ

સામાન્ય વહીવટ વિભાગ

બ્લોક નં. ૮/૮, સચિવાલય, ગાંધીનગર

તા.૦૬/૧૨/૨૦૨૫

પ્રતિ,

સર્વે રાજ્ય હજ નિરીક્ષકના અરજદારો

(હજ-૨૦૨૬)

વેબસાઈટ મારફત

વિષય: નિયત નમૂનાની તબીબી તપાસ કરાવવા બાબત.

સંદર્ભ: (૧) હજ કમિટી ઓફ ઇન્ડિયા, ભારત સરકારનો તા.૧૩/૧૦/૨૦૨૫નો પરિપત્ર

(૨) કમિશ્નરશ્રી, આરોગ્ય, તબીબી સેવાઓ અને તબીબી શિક્ષણ અને સંશોધનની કચેરી, ગાંધીનગરનો તા.૦૫/૧૨/૨૦૨૫નો પત્ર

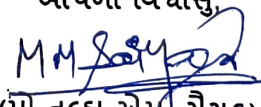
શ્રીમાન,

ઉપર્યુક્ત વિષય અને સંદર્ભદર્શિત પત્ર અન્વયે જણાવવાનું કે, રાજ્ય હજ નિરીક્ષક તરીકે ઉમેદવારી કરેલ રાજ્ય સરકારના કર્મચારી/અધિકારીશ્રીઓએ સંદર્ભ (૧) ના પરિપત્ર અનુસાર નિયત નમૂનાનું મેડિકલ સર્ટિફિકેટ (Annexure VI) મેળવવા માટે જરૂરી તબીબી તપાસ તા.૧૦/૧૨/૨૦૨૫ સુધીમાં કરાવી લેવાની રહેશે.

ઉક્ત સંદર્ભ (૨) દર્શિત તા.૦૫/૧૨/૨૦૨૫ના પત્રની વિગતોનુસાર રાજ્ય હજ નિરીક્ષક તરીકે પાત્ર ઉમેદવારી કરેલ રાજ્ય સરકારના કર્મચારી/અધિકારીશ્રીઓએ તેઓના સંબંધિત જિલ્લાના તબીબી બોર્ડ, તબીબી અધીક્ષક, નાયબ/મદદનીશ તબીબી અધીક્ષક, જિલ્લા કક્ષાની હોસ્પિટલના ડીન તથા જિલ્લા તબીબી અધિકારી અથવા અન્ય કોઈ અધિકૃત આરોગ્ય અધિકારી સમક્ષ ચકાસણી કરાવી લેવી. જેથી તેઓ તા.૧૦/૧૨/૨૦૨૫ સુધીમાં ઇ-મેલ કરી નિયત નમૂનાનું સર્ટિફિકેટ અત્રેની કચેરીને બંધ કવરમાં મોકલી શકે.

%બિડાણ: ઉપર મુજબ

આપનો વિશ્વાસુ,


(મો.તલ્હા એમ. સૈયદ)

સેક્શન અધિકારી

ગુજરાત રાજ્ય હજ સમિતિ



ડૉ. આર.બી પટેલ
અધિક નિયામક (જા.આ)

કમિશ્નરશ્રી, આરોગ્ય, તબીબી સેવાઓ અને
તબીબી શિક્ષણ અને સંશોધનની કચેરી,
બ્લોક નં. ૫ / ૧, ડૉ. જીવરાજ મહેતા ભવન,
ગાંધીનગર - ૩૮૨ ૦૧૦, ગુજરાત.
Email: epigujarat.coh4@gmail.com

નં.અનિ./ઇપીસી/હજ નિરીક્ષક/મેડીકલ સર્ટિ/બાબત/૨૦૨૫/૫૧૧૭ -૨૦

તા. ૦૫/૧૨/૨૦૨૫

પ્રતિ,

અધિક નિયામકશ્રી(તબીબી સેવાઓ/તબીબી શિક્ષણ)
મજકુર કચેરી, ગાંધીનગર.

વિષય : રાજ્ય હજ નિરીક્ષક તરીકે ઉમેદવારી કરેલ કર્મચારી/અધિકારીશ્રીઓને નિયમોનુસાર
મેડિકલ સર્ટિફિકેટ આપવા બાબત.
સંદર્ભ: ઇમ્તિયાઝ એમ. ઘાંચી, સચિવશ્રી ગુજરાત રાજ્ય હજ સમિતિ, નવા સચિવાલય,
ગાંધીનગરનો તા.૦૨/૧૨/૨૦૨૫ નો પત્ર

ઉપર્યુક્ત વિષય અને સંદર્ભદર્શિત પત્ર અન્વયે જણાવવાનું કે, રાજ્ય હજ નિરીક્ષક તરીકે પાત્ર ઉમેદવારી
કરેલ રાજ્ય સરકારના કર્મચારી/અધિકારીશ્રીઓને નિયમોનુસાર મેડિકલ સર્ટિફિકેટ આપવા બાબતની પ્રક્રિયા
તા.૧૦/૧૨/૨૦૨૫ સુધીમાં પૂર્ણ કરવા જણાવેલ છે.

રાજ્ય હજ નિરીક્ષક તરીકે ઉમેદવારી કરેલ અરજદારો અલગ અલગ જિલ્લામાંથી આવતા હોઈ તેઓના
સંબંધિત જિલ્લાના તબીબી બોર્ડ, તબીબી અધીક્ષક, નાયબ/મદદનીશ તબીબી અધીક્ષક, જિલ્લા કક્ષાની
હોસ્પિટલના ડીન તથા જિલ્લા તબીબી અધિકારી અથવા અન્ય કોઈ અધિકૃત આરોગ્ય અધિકારી સમક્ષ ચકાસણી
કરી અરજદારોના મેડિકલ ફિટનેસ સર્ટિફિકેટ અને કરાયેલ વ્યવસ્થા અંગેની જાણ haj@gujarat.gov.in ઇ-
મેલ કરવા અને રિપોર્ટ બંધ કવરમાં ગુજરાત રાજ્ય હજ સમિતિ, બ્લોક નં.૮, ૮મો માળ, સચિવાલય, ગાંધીનગર
ખાતે ખાનગી રાહે સત્વરે મોકલી આપવા માટે આપની કક્ષાએથી સંબંધિતોને જરૂરી સૂચના આપવા વિનંતિ છે.


ડૉ. આર.બી પટેલ

અધિક નિયામક (જાહેર આરોગ્ય)

નકલ સવિનય રવાના:-

- અગ્ર સચિવશ્રી, આરોગ્ય, તબીબી સેવાઓ અને તબીબી શિક્ષણ (આ.વિ.) ગાંધીનગર.
- સચિવશ્રી, ગુજરાત રાજ્ય હજ સમિતિ, નવા સચિવાલય, ગાંધીનગર
- કમિશ્નરશ્રી(શહેરી આરોગ્ય)આરોગ્ય, તબીબી સેવાઓ અને તબીબી શિક્ષણ (આ.વિ.) ગાંધીનગર
- કમિશ્નરશ્રી(ગ્રામ્ય આરોગ્ય) અને મિશન ડાયરેક્ટરશ્રી એન.એચ.એમ, ગાંધીનગર

નકલ રવાના:-

- નાયબ નિયામકશ્રી(એપિડેમિક), મજકુર કચેરી, ગાંધીનગર

SELF DECLARATION TO BE FILLED BY APPLICANT FOR STATE HAJ INSPECTOR

1. PERSONAL PARTICULARS

1. Name: _____
2. Date of Birth: _____
3. Gender: _____
4. ID No.: _____
5. Complete Address: _____

6. Contact No.: _____
7. Blood Group: _____

Photograph
Paste your recent
passport size
colored photo
having a white
background
(Size: 3.5 x 3.5 cm)

2. SELF DECLARATION

S. No.	Self-Declaration to be filled by the Applicant	Please Tick
1.	Do you suffer from epilepsy or from sudden attacks of loss of consciousness or giddiness from any cause?	Yes / No
2.	Are you suffering from defect of vision?	Yes / No
3.	Have you ever undergone any surgical procedure, if yes, please mention:	Yes / No
4.	Have you ever been diagnosed with?	Yes / No
4.1	Tuberculosis (TB)	Yes / No
4.2	COPD (Asthma/Bronchitis/Emphysema, etc.)	Yes / No
4.3	Hypertension (BP)	Yes / No
4.4	Diabetes Mellitus	Yes / No
4.5	Heart related illness/ coronary artery disease (CAD)	Yes / No
4.6	Kidney Disease	Yes / No
4.7	Liver Disease	Yes / No
4.8	Cancer	Yes / No
4.9	Bleeding Disorder	Yes / No
4.10	Mental health related disorder	Yes / No
4.11	Rheumatism	
5.	Pregnancy/Last Menstrual Period (DD/MM/YYYY)	Yes / No
6.	History of Allergy (if any), details, if yes.	Yes / No

Self-Declaration for Medical Certificate by Applicant for State Haj Inspector

I S/D/W/ of hereby declare that the above-mentioned information is true to the best of my knowledge and my application may be cancelled if it is found incorrect/false at a later date.

Signature/Thumb Impression of the Applicant

MEDICAL EXAMINATION PROFORMA FOR STATE HAJ INSPECTOR

Medical Examination (to be filled by doctor)	
Any Medical Complaints:	
General Examination	Systemic Examination
	Nervous System
Pallor	Cardio Vascular System
Icterus	Respiratory System
Pulse Rate	Abdomen
Temperature	Locomotor System
Respiratory Rate	Vision
Blood Pressure	Hearing
Pregnancy (Yes/No)	Any other significant findings:
If Pregnant LMP (pregnant ladies above 28 weeks of pregnancy at the starting date of journey may not be permitted as per the guidelines)	

Investigation findings:

CBC, Fasting HbA1c, R/E of Urine, X-ray Chest (PA View) & ECG _____

_____ any other if needed _____

Remarks: _____

Certification: I/We have carefully examined the Candidate and certify that he/she is physically and mentally **fit/not fit** to travel to Saudi Arabia and perform field Haj duties.

 Name of Medical Superintendent/
 Dy./Asst. Medical Superintendent /
 Dean of Govt. Medical College/
 District Medical Officer (in Capital)

 Signature & Stamp of Medical Superintendent/
 Dy./Asst. Medical Superintendent / Dean of
 Govt. Medical College / District Medical Officer
 Registration No. of Signatory: _____

Dated: _____

Signature/Thumb Impression of the Applicant