

प्रेषक,

अनिल कुमार सिंह,  
विशेष सचिव,  
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी,  
उत्तर प्रदेश।

चिकित्सा अनुभाग-3

लखनऊ:

दिनांक: 20-08-2025

विषय:- हज यात्रा 2026 में चयनित हज यात्रियों को मेडिकल स्क्रीनिंग एण्ड फिटनेस सर्टिफिकेट सरकारी एलोपैथिक पद्धति के चिकित्सकों द्वारा जिलास्तर पर उपलब्ध कराये जाने के संबंध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक श्री एस0पी0 तिवारी, सचिव/कार्यपालक अधिकारी, 30प्र0 राज्य हज समिति सरोजनी नगर लखनऊ के पत्र संख्या-जी-11/1203/एस0एच0सी0/2025, दिनांक 14.08.2025 का कृपया संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करें, जिसके माध्यम से हज कमेटी ऑफ इण्डिया, मुम्बई के सर्कुलर-8 दिनांक 13.08.2026 का संदर्भ देते हुए अवगत कराया गया है कि अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय व स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार द्वारा अनुमोदित मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट को हज यात्रा 2026 पर जाने वाले प्रत्येक हज यात्री को सरकारी एलोपैथिक पद्धति के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराकर हज समिति कार्यालय को दिनांक 25.08.2025 तक उपलब्ध कराये जाने का उल्लेख किया गया है। तदक्रम में श्री एस0पी0 तिवारी, सचिव/कार्यपालक अधिकारी द्वारा प्रकरण में स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित होने वाले हज यात्रियों को नियमानुसार मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट निर्गत करने हेतु जनपद के समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी, 30प्र0/समस्त सरकारी चिकित्सालयों को निर्देशित किये जाने का अनुरोध किया गया है।

2- अतः इस संबंध में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि कृपया उक्त पत्र में की गयी अपेक्षा के क्रम में नियमानुसार आवश्यक कार्यवाही कराते हुए कृत कार्यवाही की आख्या से शासन को अवगत कराने कष्ट करें।

संलग्नक:-यथोक्त।

भवदीय,

(अनिल कुमार सिंह)

विशेष सचिव।

संख्या एवं दिनांक उपरोक्तानुसार।

प्रतिलिपि-निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

- 1- महानिदेशक/निदेशक (प्रशासन), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, 30प्र0 लखनऊ।
- 2- महानिदेशक, परिवार कल्याण, 30प्र0 लखनऊ।
- 3- सचिव/कार्यपालक अधिकारी, 30प्र0 राज्य हज समिति, मौलाना अली मियाँ मेमोरियल

हज हाउस, सरोजनीनगर, लखनऊ-226008

- 4- अपर निदेशक (कार्मिक/गोपन), चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उ०प्र० लखनऊ।
- 5- मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ०प्र० लखनऊ।
- 6- समस्त मण्डलीय अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ०प्र०।
- 7- गार्ड फाइल।

आज्ञा से,

(अनिल कुमार सिंह)  
विशेष सचिव।

Digitally signed by  
ANIL KUMAR SINGH  
Date: 20-08-2025  
13:18:42

# उत्तर प्रदेश राज्य हज समिति

4788(ख)

(उ०प्र० सरकार द्वारा गठित)

मौलाना अली मियाँ मेमोरियल हज हाउस, सरोजनीनगर लखनऊ-226008

E-mail: hajcommittee.up@gmail.com, sheoplko@rediffmail.com  
Website: hajcommittee.up.gov.in

पत्रांक-जी-11/12.03/एस०एच०सी०/2025

सचिव - (R) दिनांक 14/08/2025

सेवा में,

प्रमुख सचिव

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,

उ०प्र० शासन, लखनऊ।

प्लेज से. अस 10  
previous years

14-08-25

विषय हज-2026 के चयनित हज यात्रियों को मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट सरकारी एलोपैथिक पद्धति के चिकित्सक द्वारा जिलास्तर पर उपलब्ध कराये जाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक हज कमेटी ऑफ इण्डिया, मुम्बई के सकुलर-8 दिनांक 13.08.2026 का संदर्भ लेने का कष्ट करें।

अत्यसंख्यक कार्य मंत्रालय व स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार द्वारा अनुमोदित मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट को हज-2026 की यात्रा पर जाने वाले प्रत्येक हज यात्री को सरकारी एलोपैथिक पद्धति के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराकर इस कार्यालय को दिनांक 25.08.2025 तक उपलब्ध कराना है। (निर्धारित प्रारूप एवं सकुलर की छायाप्रति संलग्न)

आपसे अनुरोध है कि शासन स्तर से प्रत्येक मुख्य चिकित्साधिकारी समस्त जनपद उत्तर प्रदेश को निर्देशित कराने का कष्ट करें, कि स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित होने वाले हज यात्रियों को नियमानुसार मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट निर्गत करने हेतु जनपद के समस्त सरकारी चिकित्सालयों को निर्देशित करने का कष्ट करें, ताकि हज यात्रियों को कोई असुविधा न हो।

संलग्नक: मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट प्रारूप।

Digitally signed by  
Sheo Prakash Tiwari  
Date: 14/08/2025  
14:13:03 कार्यपालक अधिकारी

पत्रांक एवं तददिनांक उपरोक्तानुसार।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

- 1-मान्य मंत्री, अत्यसंख्यक कल्याण मुरलिम वक्फ एवं हज को उनके निजी सचिव के माध्यम से सूचनार्थ प्रेषित।
- 2-मान्य राज्य मंत्री, अत्यसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज को उनके निजी सचिव के माध्यम से सूचनार्थ प्रेषित।
- 3-मान्य अध्यक्ष, उ०प्र० राज्य हज समिति।
- 4-मान्य सदस्य, उ०प्र० राज्य हज समिति।
- 5-प्रमुख सचिव, अत्यसंख्यक कल्याण मुरलिम वक्फ एवं हज उ०प्र० शासन।
- 6-जिलाधिकारी समस्त जनपद उत्तर प्रदेश।
- 7-जिला अत्यसंख्यक कल्याण उ०प्र० छंटवाँ तले, इन्दिरा भवन, लखनऊ।
- 8-जिला अत्यसंख्यक कल्याण अधिकारी समस्त जनपद उत्तर प्रदेश।
- 9-गार्ड फाइल।

श्री केशव  
20/8/25

(एस० पी० तिवारी)  
सचिव/कार्यपालक अधिकारी

# उत्तर प्रदेश राज्य हज समिति

(उ०प्र० सरकार द्वारा गठित)

मौलाना अली मियाँ मेमोरियल हज हाउस, सरोजनीनगर लखनऊ-226008

ई-मेल आई डी hajcommittee.up@gmail.com, sbcuplko@rediffmail.com

वेबसाइट hajcommittee.up.gov.in

पं. - जी - 11/1203 / एस०एच०सी० / 2025

Seng (R) / M-3

दिनांक : 14 / 08 / 2025

प्रमुख सचिव

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,

उ०प्र० शासन, लखनऊ।

(राजीव कुमार गौतम)

निजी सचिव,

प्रमुख सचिव,

चिकित्सा स्वास्थ्य, परिवार कल्याण एवं चिकित्सा शिक्षा विभाग

उत्तर प्रदेश शासन

विषय हज-2026 के घोषित हज यात्रियों को मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट सरकारी एलोपैथिक पद्धति के चिकित्सक द्वारा जिलारतर पर उपलब्ध कराये जाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक हज कमेटी ऑफ इण्डिया, मुम्बई के सकुलर-8 दिनांक 13.08.2026 का संदर्भ लेने का कष्ट करें।

अत्यसंख्यक कार्य मंत्रालय व स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भारत सरकार द्वारा अनुमोदित मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट को हज-2026 की यात्रा पर जाने वाले प्रत्येक हज यात्री को सरकारी एलोपैथिक पद्धति के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराकर इस कार्यालय को दिनांक 25.08.2025 तक उपलब्ध कराना है। (निर्धारित प्रारूप एवं सकुलर की छायाप्रति संलग्न)

आपसे अनुरोध है कि शासन स्तर से प्रत्येक मुख्य चिकित्साधिकारी समस्त जनपद उत्तर प्रदेश को निर्देशित कराने का कष्ट करें, कि स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित होने वाले हज यात्रियों को नियमानुसार मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट निर्गत करने हेतु जनपद के समस्त सरकारी चिकित्सालयों को निर्देशित करने का कष्ट करें, ताकि हज यात्रियों को कोई असुविधा न हो।

संलग्नक : मेडिकल स्क्रीनिंग एवं फिटनेस सर्टिफिकेट प्रारूप।

Digitally signed by

Sheo Prakash Tiwari

Date: 14/08/2025

14:19:03

पत्राक एवं तदतिनाक उपरोक्तानुसार।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनाथ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

- 1- मा० मंत्री, अत्यसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज को उनके निजी सचिव के माध्यम से सूचनाथ प्रेषित।
- 2- मा० राज्य मंत्री, अत्यसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज को उनके निजी सचिव के माध्यम से सूचनाथ प्रेषित।
- 3- मा० अध्यक्ष, उ०प्र० राज्य हज समिति।
- 4- मा० सदस्य, उ०प्र० राज्य हज समिति।
- 5- प्रमुख सचिव, अत्यसंख्यक कल्याण मुस्लिम वक्फ एवं हज उ०प्र० शासन।
- 6- जिलाधिकारी समस्त जनपद उत्तर प्रदेश।
- 7- जिला अत्यसंख्यक कल्याण उ०प्र० छठवाँ तल, इन्दिरा भवन, लखनऊ।
- 8- जिला अत्यसंख्यक कल्याण अधिकारी समस्त जनपद उत्तर प्रदेश।
- 9- गार्ड फाइल।

श्री प्रकाश  
18/8/25

(एस० पी० तिवारी)

सचिव / कार्यपालक अधिकारी

**MEDICAL SCREENING & FITNESS CERTIFICATE-1447(H)-2026(C.E)**  
**(Must obtain the following certificate from a Government Medical Officer (Allopathic)**  
**authorized by the State/UT Government/Central Govt./Defence Authorities /PSU/  
Autonomous Bodies)**

**Personal Particulars:**

Name  
Date of Birth:  
Gender: Male/Female  
ID No. (Passport/voter Id/Aadhar etc.)  
Complete address:

Contact No.:  
Blood Group:

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

| Self-declaration To be filled by the Haj applicant   | Please circle/ कृपया गोला लगाये  |
|--|--|
| 1. Do you suffer from epilepsy or from sudden attacks of loss of consciousness or giddiness from any cause?<br>क्या आप मिर्गी से पीड़ित हैं या किसी भी कारण से अचानक बेहोशी या चक्कर आने के दौर से पीड़ित हैं?   | Yes/No<br>हां/ ना  |
| 2. Are you suffering from defect in vision?<br>क्या आप दृष्टि दोष से पीड़ित हैं  | Yes/No<br>हां/ ना  |
| 3. Have you ever been diagnosed with?/ क्या आपको कभी कोई बीमारी हुई है?<br>a) Tuberculosis(TB)/(टीबी)<br>b) COPD (Asthma/Bronchitis/Emphysema etc.)<br>अस्थमा/ब्रोंकाइटिस/वातस्फीति<br>c) Hypertension (BP)/ रक्तचाप<br>d) Diabetes Mellitus/ मधुमेह<br>e) Heart related illness/ हृदय संबंधी बीमारी<br>f) Kidney disease/ गुर्दे की बीमारी<br>g) Liver disease/ यकृत रोग<br>h) Cancer/ कैंसर<br>i) Bleeding Disorder/ रक्तस्राव विकार<br>j) Any Other (Specify)/ कोई और ( उल्लिखित करे) | a) Yes/No (हां/ ना)<br>b) Yes/No (हां/ ना)<br>c) Yes/No (हां/ ना)<br>d) Yes/No (हां/ ना)<br>e) Yes/No (हां/ ना)<br>f) Yes/No (हां/ ना)<br>g) Yes/No (हां/ ना)<br>h) Yes/No (हां/ ना)<br>i) Yes/No (हां/ ना)<br>j) Yes/No (हां/ ना) |
| 4. Pregnant/ गर्भवती<br>Last menstrual period (in DD/MM/YYYY)<br>अंतिम मासिक माहवारी (in DD/MM/YYYY)   | Yes/No (हां/ ना)   |
| 5. History of Allergy/ एलर्जी (if any)<br>Details if answer is yes   | Yes/No (हां/ ना)   |

**Self-Declaration for Medical Certificate by Haj Applicant/ हज आवेदक द्वारा चिकित्सा प्रमाणपत्र के लिए स्व-घोषणा:**

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 / मैं..... S/D/W of.....घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त उल्लिखित जानकारी सर्वोत्तम रूप से सत्य है और मेरी जानकारी यदि बाद में गलत/ झूठी पायी गयी तो मेरा आवेदन रद्द किया जा सकता है।

**Signature/Thumb Impression of the Haj Applicant**

| Medical Examination (to be filled by Doctor)  |   |
|---|---|
| Any medical complaints:<br>.....  |   |
| .....   |   |
| General Examination   | Systemic Examination                                  |
| Pallor  | CVS   |
| Icterus   | Per Abdomen   |
| Pulse rate  | Respiratory System                                    |
| Temperature   | Any Gross Neurodeficit-<br>weakness/Paralysis- Yes/No |
| Respiratory Rate  | Any other significant findings:                       |
| Blood Pressure  |   |
| Pregnant Yes/No   |   |
| If Pregnant LMP<br>(Pregnant ladies above 28 weeks of pregnancy at the<br>starting date of journey may not be permitted as per the<br>guidelines) |   |

**Investigation Findings:**

CBC.....  
 Random Blood Sugar.....  
 X-Ray chest.....  
 KFT & ECG. (If Reqd)  
 .....  
 Any other if needed.....

**Remarks:**.....

**Certification of Doctor**

I have carefully examined the pilgrim & his/her prescription & certify that he/she is physically and mentally fit/not fit to travel for Haj. I have also advised pilgrims on medications to carry adequate medicines with them.

Name of Doctor (in Block letters)

Sign/thumb impression of the applicant

Signature & Stamp of Govt. Medical Officer  
(allopathic)

Date:

Registration No. of Doctor:



अल्पसंख्यक कार्य मंत्रालय  
MINISTRY OF  
MINORITY AFFAIRS

| Medical Examination (to be filled by Doctor)  |   |
|---|---|
| Any medical complaints:<br>.....<br>.....   |   |
| General Examination   | Systemic Examination                                  |
| Pallor  | CVS   |
| Icterus   | Per Abdomen   |
| Pulse rate  | Respiratory System                                    |
| Temperature   | Any Gross Neurodeficit-<br>weakness/Paralysis- Yes/No |
| Respiratory Rate  | Any other significant findings:                       |
| Blood Pressure  |   |
| Pregnant Yes/No   |   |
| If Pregnant LMP<br>(Pregnant ladies above 28 weeks of pregnancy at the<br>starting date of journey may not be permitted as per the<br>guidelines) |   |

**Investigation Findings:**

CBC.....  
Random Blood Sugar.....  
X-Ray chest.....  
KFT & ECG (If Reqd)  
.....  
Any other if needed.....

**Remarks:**.....

**Certification of Doctor**

I have carefully examined the pilgrim & his/her prescription & certify that he/she is physically and mentally fit/not fit to travel for Haj. I have also advised pilgrims on medications to carry adequate medicines with them.

Name of Doctor (in Block letters)

Signature & Stamp of Govt. Medical Officer  
(allopathic)

Date:

Registration No. of Doctor:

Sign/thumb impression of the applicant