



प्राथमिक आरोग्य केंद्र गव्हाण, ता.पनवेल.जि.रायगड



दुरध्वनी क्रमांक - (०२२२) ७२१२२७४	ई.मेल phc.gavhan@gmail.com
आरोग्य सेवा	जा.क्र/प्रा.आ.केंद्र गव्हाण/ ५४ /२०२४ प्राथमिक आरोग्य केंद्र गव्हाण, ता.पनवेल दिनांक:- ९/३/२०२४

SAFE DRINKING WATER AND SANITARY CONDITION CERTIFICATE

It is certified that an inspection team headed by Dr.Abdul Karim, Medical officer from Primary Health Center, Gavhan have Inspected S.N.G. International School Ulwe, Navi Mumbai inspected and found that the S.N.G. International School Ulwe, Navi Mumbai has safe drinking water facilities for the students and member of staff of the institution and is maintaining the hygienic sanitary condition in the school building & the campus as per the norms prescribed by the Central/ State/U.T.Govt.

This Certificate is valid till 9/3/2025

Name: Dr.Abdul Karim
Designation: **Medical Officer**
Primary Health Centre, Gavhan
Tal. Panvel, Dist. Raigad

To,
S.N.G. International School
Ulwe, Navi Mumbai 410206

महाराष्ट्र राज्य सार्वजनिक आरोग्य सेवा
 सार्वजनिक आरोग्य प्रयोगशाळा, कोकणभवन, नवी मुंबई
 दूरध्वनी क्रमांक (०२२) २७५७११८१ E-mail : jsophikon@gmail.com
 पाणी नमुन्यांचा सूक्ष्मजीवीय अहवाल

प्रती **SNU INTERNATIONAL SCHOOL, Plot No.1, Sec-21**
 पाठविण्याच्या पत्र क्रमांक :- **Ulwe, Tal. Panvel**
 प्रयोगशाळा संदर्भ क्रमांक :- **01 4.2.24**
936

नमुना घेतल्याचा दिनांक :- **-**
 नमुना पोहचल्याचा दिनांक :- **4.2.24**
 परीक्षण सुरू केल्याचा दिनांक :- **—**

अ. क्र.	नमुन्यांचे विवरण	परीक्षणाचे निष्कर्ष			इतर अभिप्राय
		प्रती १०० मि. ली. संभाव्य सूक्ष्मजंतूंची संख्या			
		कोलिफॉर्मस	थर्मोटॉलरन्ट कोलिफॉर्मस	इ. कोलाय	
1.	Storage Tank Water	0	—	—	Potable For Drinking (पिण्यास योग्य)

अभिप्राय :- पिण्यास अयोग्य पाण्यावर योग्य प्रमाणात क्लोरिनची प्रक्रिया केल्यानंतर व सूक्ष्मजीवीय पुर्णतपासणी नंतर पिण्यास योग्य असल्याची खात्री झाल्यानंतर ते पाणी पिण्यासाठी वापरता येईल.

टीप : (१) सदरील पाणी नमुना/नमुने ह्या प्रयोगशाळेत गोळा केलेला/केलेले नाही.

(२) सदरील तपासणी अहवाल फक्त प्रयोगशाळेत सादर केलेल्या पाणी नमुन्याशी/नमुन्यांशी संबंधित आहे.

अहवाल क्रमांक :- **364**

दिनांक :- **5-2-24**

अभिप्राय दूरध्वनीने कळविण्याचा दिनांक :- **—**

पावती क्रमांक, शुल्क व दिनांक :- **2522972/3401-**
5-2-24

प्रत सादर :

१. शल्यचिकित्सक, जिल्हा रुग्णालय, जिल्हा _____

A. Desai

कनिष्ठ वैज्ञानिक अधिकारी,
 सार्वजनिक आरोग्य प्रयोगशाळा,
 कोकणभवन, नवी मुंबई.