

FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर  
Signature of Applicant

अराजपत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने  
सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डाक्टरी प्रमाण पत्र

Medical certificate for non gazetted officer recommended for leave or  
extension or commutation of leave

(भारत सरकार वित्त विभाग संख्या 173-एस आर तारीख 17 मार्च 1931)

(Govt. of India, Finance Deptt. No. 173-S.R. Dated 17 March, 1931)

मैं Dr. Sandeep Singh (M.D.) व्यक्तिगत रूप से सावधानी पूर्वक इस मामले की जांच करने  
के बाद प्रमाणित करता हूँ कि जिस कर्मचारी के हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं वह P.U.D. U.R.T.  
नामक रोग से ग्रस्त है और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लाभ के लिये 12/10/15 तारीख से 10 days  
दिनों की अवधि तक ड्यूटी पर न जाना उनके लिए नितांत आवश्यक है।

I ..... after careful examination of the case  
hereby certify that ..... whose signature is given above is suffering  
from ..... and is considered that a period of absence  
from duty of ..... with effect from ..... is  
absolutely necessary or the restoration of his health.

तारीख

Dated

12/10/15

Dr. Sandeep Singh  
MBBS, MD  
Siddhanta Hospital  
Kolar Road, Bhopal  
Registered Practitioner (No. ....)