

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 of 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..... 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  
नामक रोग से ग्रस्त है और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लाभ के लिये..... तारीख से.....  
दिनों की अवधि तक छुट्टी पर न जाना उनके लिए नितांत आवश्यक है।

I ..... Dr. R. Sadh after careful examination of the case  
hereby certify that Sh. C.P. Billone whose signature is given above is suffering  
from Cervical pain and is considered that a period of absence  
from duty of 7 days with effect from 24.10.16 is  
absolutely necessary or the restoration of his health.

तारीख

Dated 23.10.16

Dr. R. Sadh

M.S., D'Orth

Orthopaedic Specialist

Govt. Dr. K.N.K. Hospital, Bhopal

Reg.No. 4541

सरकारी चिकित्सा

अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक

Govt. Medical Attendant

or

Registered Practitioner (No. ....)

शान्ति निकेतन, भोपाल, फोन : 2673648