

आवेदक के हस्ताक्षर

FORM -3

Signature of Applicant

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

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

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

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

मैं व्यक्तिगत रूप से सावधानी पूर्वक इस मामले की जाँच करने के
बाद यह 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 लिए तारीख से दिनों की अवधि तक ड्युटी पर न जाना उनके
लिये 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 absense from duty of
..... with effect from is absolutely
necessary or the restoration of his health.

तारीख

Dated

सरकारी चिकित्सक

अथवा अन्य प्रंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक

Govt. Medical Attendant

Medical Officer

OR

Registered Practitioner (No

Reg. No. 13752