

आवेदक के हस्ताक्षर .....  
Signature of Applicant

FORM - 3

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

M. 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 ..... व्यक्तिगत रूप से साक्ष्यानी 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. GOLAB RAI TEWANI ..... after careful examination of the case  
hereby certify that ..... MR. LALCHAND MEHARCHANDANI whose signature is given above is suffering  
from ..... Acute URTI ..... and is considered that a period of absence  
from duty of ..... 27/12/2016 10 days with effect from ..... 27/12/2016 ..... is  
necessary or the restoration of his health.

Dr. GOLAB RAI TEWANI

अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक

Govt. Medical Attendant

CLINICAL ADMINISTRATOR

Registered Practitioner (No. ....)

फोन : 2673648