

FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant

अराजपत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने
सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डॉक्टर 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 व्यक्तिगत रूप से सावधानीपूर्वक इस मामले की जाँच करने
के बाद प्रमाणित करता हूँ कि जिस कर्मचारी के हस्ताक्षर ऊपर दिए गये हैं वह
नामक रोग से ग्रस्त है और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लाभ के लिए तारीख से
दिनों की अवधि तक ड्यूटी पर न आना 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 healthy.

तारीख
Dated 16/1/17

Dr. Amit Singh Rai
Asstt. Professor
Hamidia Hospital, GMC, Bhopal
Reg. No. - MP-5062
सरकारी चिकित्सक
अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक
Govt. Medical Attendant
or
Registered Practitioner (No.)