

FORM - 4

रोग से मुक्त होने पर इयूटी पर वापिस जाने के लिए डॉक्टरी प्रमाण पत्र

Medical Certificate of Fitness to return to duty

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of Applicant : _____

मैं का सिविल सर्जन / पंजीकृत डॉक्टर (.....)
 यह प्रमाणित करता हूँ कि मैंने विभाग के
 श्री की जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए हुये हैं, डॉक्टरी परीक्षा सावधानीपूर्वक की है तथा इस निष्कर्ष पर पहुँचने से पहले मैंने मूल
 डॉक्टरी प्रमाण-पत्र और उन विवरणों (अथवा उनकी प्रमाणित प्रतियों) की जाँच कर ली है जिनके आधार पर छुट्टी मंजूर की गई
 थी अथवा बढ़ाई गई थी तथा सबको ध्यान में रखने के बाद ही अपने उक्त निष्कर्ष पर पहुँचा हूँ।

CIVIL SURGEON OF

I do hereby certify that I have carefully examined *Mr. Meenakshi Mehta* of
 the department *1 Land* whose Signature is given above and find that he has
 recovered from his illness and is now fit to resume his duties in Government service I also certify that
 before arriving at this decision I have examined the original Medical certificate and statements of the case
 for certified copies thereof on which leave was granted to extended and have taken these into
 consideration in arriving at my decision.

तारीख

Dated : *29.5.16* -

DR. ARUN MISHRA

Civil Surgeon/Staff Surgeon/Govt. Medical Attendant
 M.D. (Medicine), M.A.P.I., M.I.M.A.
 Registered Medical Practitioner (No.)
 Regn. No.: 5483
 AMA Central Govt. Employees

सरकारी चिकित्सक

अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक

गोपाल

; से 28

FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of Applicant

**अराजपत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने
 सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डॉक्टरी 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 इयूटी पर न आना उनके लिए नितांत आवश्यक है।

I do hereby certify that *Meenakshi Mehta* after careful examination of the case
 hereby certify that *Meenakshi Mehta* whose signature is given above is suffering
 from *acute polyuria* and is considered that a period of absence
 from duty of *three day* with effect from *26.5.16* is
 absolutely necessary for the restoration of his health.

तारीख

Dated *26.5.16* -

DR. ARUN MISHRA
 Govt. Medical Attendant
 M.D. (Medicine), M.A.P.I., M.I.M.A. or
 Registered Practitioner (No.)
 Regn. No.: 5483
 AMA Central Govt. Employees

सरकारी चिकित्सक

अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक