

आवेदक के हस्ताक्षर

M. Chandra

FORM - 3

Signature of Applicant

अराजपत्रि। 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 1934)

(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 GULAB RAI TEWANI after careful examination of the case hereby certify that MR. LALCHAND MEHARCHANDANI whose signature is given above is suffering from Acute BRITZ and is considered that a period of absence from duty of 2 days with effect from 6-1-2017 is absolutely necessary or the restoration of his health.

तारीख

Dated 8/1/17

Dr. GULAB RAI TEWANI
B.N.Y.S.

Reg. No. 51384

CLINICAL ADMINISTRATOR

AROGYA KENDRA

सरकारी चिकित्सक

अथवा अन्य प्रांतीय स्वास्थ्य विभाग के चिकित्सक

Govt. Medical Attendant

Reg.

Registered Practitioner (No.)

शान्ति निकेतन, भोपाल फोन : 2673648