

# 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 छुट्टी 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 ..... days with effect from ..... is  
absolutely necessary or the restoration of his healthy.

तारीख

Dated

21.9.16

सरकारी चिकित्सक  
अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक

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

Serial No. 217

for L.A.

Date: 25-09-16

# MEDICAL CERTIFICATE

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

This is to certify that

Mr / ~~Mrs~~ / Miss.

Rajeev Shrivastava

is/was under my treatment From

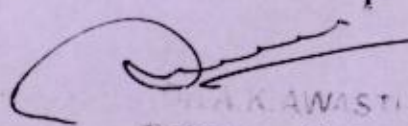
26-09-16 to approx 7 days

for

Vertigo (Cervical Spondylosis)

☒ Advised treatment and rest for above period.

☒ Medically fit to resume duty.



Signature  
Regd. No. 4911, Bhopal