

FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of Applicant

अराज्यपत्रित 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 सम्बन्धीपूर्वक 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 is considered that a period of absence
from duty of with effect from is
absolutely necessary or the restoration of his healthy

तारीख
Dated

सरकारी चिकित्सक
अथवा अन्य अधिकृत व्यवसायिक चिकित्सक
Govt. Medical Attendant
Registered Practitioner (No.)
रजि. नं.

रजिस्ट्रेशन नं 659
मानसरो चिकित्सक (म.प्र. शासन)
रेडक्रास चिकित्सालय, भोपाल