

FORM - 3

आवेक के हस्ताक्षर *Anjali*

Signature of Applicant

अराजपत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने
सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डाक्टरों 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 साधनी पूर्वक इस मामले की जांच करने

के बाद प्रमाणित करता हूँ कि जिस कर्मचारी के हस्ताक्षर उपर दिए गए हैं वह

नामक रोग से ग्रस्त है और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लाभ के लिये

दिनों की अवधि तक ड्यूटी पर न जाना उनके लिए नितांत आवश्यक है।

I *Dr. Anjali Kaul*

hereby certify that *Mrs. Anjali Puri*

from *Vizal Havel*

from duty of *6 days*

absolutely necessary or the restoration of his health

तारीख

Dated *25-7-2016*

after careful examination of the case
whose signature is given above is suffering
and is considered that a period of absence
with effect from *25.7.2016-16 30.7.16*

सरकारी चिकित्सक *Anaul*

अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक

Govt. Medical Attendant

or *Dr. (Mrs.) A. Kaul*

Registered Practitioner (No *M.B.B.S. MD,*

Reg. No. 491