

FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर.....

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 of 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 सावधानी 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. Mantosh Singh after careful examination of the case hereby certify that Mr. Yashwant Singh whose signature is given above is suffering from Allergic Dermatitis and is considered that a period of absence from duty of one week with effect from 19/09/16 is absolutely necessary or the restoration of his health.

19/09/16

सरकारी चिकित्सक
Dr. Mantosh Singh
M.B.B.S., D.P.M.
Medical Officer
M.P. 8183
Govt. S.A.K. Hospital G.R., BPL
Registered Practitioner (No.)