

FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of Applicant

Sanjita
4/11/18

अराज पत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने
सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डाक्टरी 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 Dept. No 173-S.R. Dated 17 March, 1931)

मैं निम्नलिखित रूप से सावधानी पूर्वक इस मामले की जांच करने
के बाद स्थापित करता हूँ कि जिस कर्मचारी के हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं वह
सम्बन्धित रोग से ग्रस्त है और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लाभ के लिये
छुट्टी की अवधि तक इ छुट्टी पर न जाना उनके लिए नितात आवश्यक है। तारीख से

I *Medical Officer* after careful examination of the case
hereby certify that *Sanjita Sehaneeda* whose signature is given above is suffering
from *Cholera* and is considered that a period of absence
from duty of *one month* with effect from *4/11/18* is
absolutely necessary for the restoration of his health.

तारीख

Dated

4/11/18

DR. R. Mehar
अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक
Govt. Medical Officer
Dist. J.P. Hospital, Bhopal
or Reg. No.-5533
Registered Practitioner (No)