

आवेदक के हस्ताक्षर  
Signature of Applicant

FORM - 3

अराजपत्रित 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 ..... 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 जाना 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 ..... with effect from ..... is  
absolutely necessary or the restoration of his health.

तारीख

Dated

15-09-15

सरकारी चिकित्सक  
अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक  
Govt. Medical Attendant

DR. ARUN MISHRA  
M.D. (Medicine) Registered Practitioner (No. 5483)  
Regn. No. 5483  
AMA Central Govt. Employees

शान्ति निकेतन, भोपाल फोन : 2673648

FORM - 4

**रोग से मुक्त होने पर छुट्टी पर वापिस जाने के लिए डाक्टरी प्रमाण पत्र  
Medical Certificate of fitness to return to duty**

आवेदक के हस्ताक्षर  
Signature of Applicant

मैं ..... का सिविल सर्जन/पंजीकृत डाक्टर ( .....  
..... ) यह प्रमाणित करता हूँ कि मैंने ..... विभाग के  
श्री ..... की जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं, डाक्टरी परीक्षा  
सावधानी पूर्वक की है तथा इस निष्कर्ष पर पहुँचा हूँ कि वह अब रोग मुक्त है तथा इस योग्य है कि सरकारी छुट्टी पर चले  
जायें। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस निष्कर्ष पर पहुँचने से पहले मैंने मूल डाक्टरी प्रमाण-पत्र और उन विवरणों  
(अथवा उनकी प्रमाणित प्रतियों) की जांच कर ली है जिनके आधार पर छुट्टी मंजूर की गई थी अथवा बढ़ाई गई थी तथा  
इन सबको ध्यान में रखने के बाद ही अपने उक्त निष्कर्ष पर पहुँचा हूँ।

I ..... CIVIL SURGEON OF .....  
..... Registered Medical Practitioner of do hereby  
certify that I have carefully examined ..... of the department .....  
..... whose Signature is given above and find that he has recovered from his  
illness and is now fit to resume his duties in Government service I also certify that before  
arriving at this decision I have examined the original Medical certificate and statements of  
that case (or certified copies there of) on which leave was granted, or extended and have taken  
these into consideration in arriving at my decision.

तारीख

Dated

15.9.15

सरकारी चिकित्सक  
अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक  
Civil Surgeon/Staff Surgeon/Govt. Medical Attendant  
Registered Medical Practitioner (No. ....)  
AMA Central Govt. Employees

शान्ति निकेतन, भोपाल, फोन : 2673648