

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 Deptt. No. 173-S.R. Dated 17 March, 1931)

मैं ..... व्यक्तिगत रूप से साक्ष्यानी 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 ..... 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

सरकारी चिकित्सा  
अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक  
Govt. Medical Attendant  
or  
Registered Practitioner (No.....)