| FORM - 3 आवेदक के हस्ताक्षर | |
|---|--|
| 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 of commutation of leave | |
| (भारत सरकार, वित्त विभाग संख्या 173-एस. आर. तारीख 17 मार्च 1931) (Govi. of India, Finance Dept. No. 173-S.R. Dated 17 March 1931) | |
| | ात रूप से सावधानी पूर्वक इस मामले की जांच करने |
| के बाद प्रमाणित करता हूँ कि जिस कर्मचारी के हस्ताक्षर काम दिव गए हैं दह | |
| नामक रोग से ग्रस्त है और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लान के लिये दिनों की अवधि तक द्र्यूटी पर न जाना उनके लिए नितान अवस्थक है। | |
| विना का अवाध तक ह्याटा पर न जाना उनक लिए निवन के किया है। | |
| I | |
| from | |
| hereby certify that ACLA whose signature is given above is suffering from and is considered that a period of absense from duty of ACLA CACA with effect from the considered that a period of absense is | |
| absolutly necessary or the restoration of his healt | सरकारी चिकित्ना |
| तारीख Dated 06 02 112 | अथवा अन्युपंजीकृत व्यवसारिक चिकित्सक |
| Dated 06 10 211 + | GovMetrenceAttendant |
| | HamidiarHospital |
| शान्ति निकेतन, भोपाल, फोन: 2673648 | Registered Pacifich 27(52) |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| FORM - 4 | |
| | |

FORM - 4 रोग से मुक्त होने पर ड्यूटी पर वापिस जाने के लिए डाक्टरी प्रमाण पत्र Medical Certificate of Fitness to return to duty आवेदक के हस्ताक्षर Signature of Applicant