

आवेदक के हस्ताक्षर  
Signature of Applicant

FORM - 3

अराजपत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने  
सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डॉक्टर 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 C.L. Mukate U.S. व्यक्तिगत रूप से सावधानीपूर्वक इस मामले की जांच करने  
के बाद प्रमाणित करता हूँ कि जिस कर्मचारी के हस्ताक्षर ऊपर दिए गये हैं वह Back pain  
नामक रोग से ग्रस्त है और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लाभ के लिए 14/8/16 तारीख से 28/8/16  
दिनों की अवधि तक छुट्टी पर न आना उनके लिए नितांत आवश्यक है।

I Dr. Amit Singh Rai after careful examination of the case  
hereby certify that C.L. Mukate whose signature is given above is suffering  
from Calponic & IT pain and is considered that a period of absence  
from duty of About Two wks with effect from 14/8/16 is  
absolutely necessary or the restoration of his healthy.

तारीख  
Dated

14/8/16

Dr. Amit Singh Rai  
Ass. Prof. & Govt. Medical Attendant  
Hamidia Hospital GMC Bhopal  
Reg. No. - MP-8056  
Registered Practitioner (No. ....)

आवेदक के हस्ताक्षर  
Signature of Applicant

FORM - 3

अराजपत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने  
सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डॉक्टर 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 Dr. Amit Singh Rai 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 14/8/16 तारीख से  
दिनों की अवधि तक छुट्टी पर न जाना उनके लिए नितांत आवश्यक है।

I Dr. Amit Singh Rai after careful examination of the case  
hereby certify that C.L. Mukate whose signature is given above is suffering  
from Rt. Back pain and is considered that a period of absence  
from duty of About fifteen days with effect from 30/7/16 is  
absolutely necessary or the restoration of his health.

तारीख

Dated

30/7/16

Dr. Amit Singh Rai  
Ass. Prof. & Govt. Medical Attendant  
Hamidia Hospital GMC Bhopal  
Reg. No. - MP-8056  
Registered Practitioner (No. ....)



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 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 ..... 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 30/8/16  
Dated

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

शान्ति निकेतन, भोपाल फोन : 2673648

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 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 ..... 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 18/9/16  
Dated

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

शान्ति निकेतन, भोपाल, फोन : 2673648



## FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर .....  
Signature of Applicant

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)  
(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 ..... after careful examination of the case  
hereby certify that ..... whose signature is given above is suffering  
from ..... and is considered that a period of absense  
from duty of ..... with effect from ..... is  
absolutly necessary or the restoration of his health.

तारीख .....  
Dated 2/10/16

शान्ति निकेतन, भोपाल, फोन : 2673648

सरकारी चिकित्सा  
अथवा अन्य पंजीकृत व्यावसायिक चिकित्सक  
Dr. Amit Singh Rai  
Asst. Professor  
Govt. Medical Attendant  
Hamidia Hospital GMC, Bhopal  
Reg. No. MR-6852  
or  
Registered Practitioner (No. ....)

## 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 17/10/16

शान्ति निकेतन, भोपाल, फोन : 2673648

अथवा अन्य पंजीकृत व्यावसायिक चिकित्सक  
Dr. Amit Singh Rai  
Asst. Professor  
Govt. Medical Attendant  
Hamidia Hospital GMC, Bhopal  
Reg. No. MR-6852  
Civil Surgeon/Staff Surgeon/..... Medical Attendant  
Registered Medical Practitioner (No. ....)