

FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant

अराजपत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने
सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डाक्टर/प्रमाण पत्र

**M 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 1934)

(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 Dr. S. K. JAIN after careful examination of the case
hereby certify that Mr. H. M. BATHAM whose signature is given above is suffering
from STROKE and is considered that a period of absence
from duty of 10 days with effect from 19.02.2017 is
absolutely necessary or the restoration of his health.

तारीख

Dated 19.02.2017

सरकारी चिकित्सा
Dr. Sachin Kumar Jain
Consultant Neuro Physician
Govt. Medical Attendant
Reg. No. MP-11737
or

शान्ति निकेतन, भोपाल फोन : 2673648

Registered Practitioner (No.)