**फॉर्म 3**

FORM 3

**(नियम 19 देखें)**

(See Rule 19)

**राजपत्रित अधिकारियों के संबंध में छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी परिवर्तित करने के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र**

MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE IN RESPECT OF

GAZETTED OFFICERS

 सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

 मैं सावधानी से मामले का व्यक्तिगत परीक्षण करने के बाद एतद्द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती./कुमारी..............................................................................................................जिसका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है वह ......................................................... पीड़ित हैं और मैं मानता/मानती हूं कि दिनांक.............................से........................... की अवधि तक ड्यूटी से उनकी अनुपस्थिति उनके आरोग्य होने के लिए नितांत आवश्यक है।

Signature of the Government servant

I after careful personal examination of the case hereby certify that

Shri./Smt. / Kumari.

Whose signature is given above is suffering from

And I consider that a period of absence from duty of

With effect from ...................................................... is absolutely necessary for the

restoration of his/her health.

दिनांकित/Dated:

प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंट/Authorised Medical Attendant/

अस्पताल डिस्पेंसरी/ Hospital Dispensary

पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर/ Registered Medical Practitioner

फॉर्म 4

FORM 4

(नियम 19 देखें)

(See Rule 19)

**अराजपत्रित अधिकारियों के संबंध में छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी परिवर्तित करने के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र**

MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE IN RESPECT OF NON-GAZETTED OFFICERS

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

 मैं सावधानी से मामले का व्यक्तिगत परीक्षण करने के बाद एतद्द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती./कुमारी..............................................................................................................जिसका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है वह ......................................................... पीड़ित हैं और मैं मानता/मानती हूं कि दिनांक.............................से........................... की अवधि तक ड्यूटी से उनकी अनुपस्थिति उनके आरोग्य होने के लिए नितांत आवश्यक है।

Signature of the Government servant

I after careful

personal examination of the case hereby certify that

Shri./Smt. Kumari……………………………………………………………………………

Whose signature is given above is suffering from ………………………………………..

And I consider that a period of absence from duty of……………………………………..

With effect from……………………………………. is absolutely necessary for the restoration of his / her health.

दिनांकित/ Dated:

प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंट /Authorised Medical Attendant/

अस्पताल डिस्पेंसरी/ Hospital Dispensary

पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर/ Registered Medical Practitioner