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

में					सावधानी	से मा	मले
का व्यक्तिगत प	ारीक्षण करने	के बाद	एतद्द्वारा	प्रमाणित	करता/करती	हूँ	कि
श्री/श्रीमती./कुमारी							
जिसका हस्ताक्षर	जपर दिया ग	ाया है वह .				. पी	ड़ित
हैं और मैं मानता/म	गनती हूं कि	दिनांक		से	ਰ	ने अ	वधि
तक इयूटी से उनकी	। अनुपस्थिति	उनके आरो	ग्य होने के लि	ोए नितांत ः	आवश्यक है।		
	J						
Signature of the Gove	ernment servant	t					
I		after careful	personal exam	ination of the	e case hereby ce	rtify t	hat
Shri./Smt. / Kumari.							
Whose signature is gi	iven above is su	iffering from					
And I consider that a	period of absen	ice from duty	of				
With effect from				necessary fo	or 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./क्मारी					
जिसका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है वह .	पीड़ित				
हैं और मैं मानता/मानती हूं कि दिनांक	की अवधि				
तक इ्यूटी से उनकी अन्पस्थिति उनके आरो	ग्य होने के लिए नितांत आवश्यक है।				
Signature of the Government servant					
I	after careful				
personal examination of the case hereby certify the Shri./Smt. Kumari					
Whose signature is given above is suffering from					
And I consider that a period of absence from duty	y of				
/ her health.	is absolutely necessary for the Testoration of his				
दिनांकित/ Dated:					
וקפוויאת/ Datea:					

प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंट /Authorised Medical Attendant/ अस्पताल डिस्पेंसरी/ Hospital Dispensary पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर/ Registered Medical Practitioner