

**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 एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि  
श्री/श्रीमती./कुमारी.....  
...जिसका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है वह ..... पीड़ित  
हैं और मैं मानता/मानती हूँ कि दिनांक.....से..... की अवधि  
तक इ्यूटी 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 एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि  
श्री/श्रीमती./कुमारी.....  
....जिसका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है वह ..... पीड़ित  
हैं और मैं मानता/मानती हूँ 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