

चिकित्सा प्रमाण-पत्र

प्रार्थी के हस्ताक्षर

मैं डॉ. प्रकरण की सावधानी से व्यक्तिगत जाँच करने
के पश्चात प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कु. जिनके हस्ताक्षर
उपर अंकित हैं रोग से पीड़ित हैं और मैं समझता हूँ कि दिनांक
..... से दिन की कम से कम ड्यूटी से अनुपस्थिति उनके स्वास्थ्य
लाभ के लिये नितान्त आवश्यक है।

दिनांक:

शासकीय चिकित्सक अथवा
पैथोलॉजी चिकित्सा अधिकारी
नाम एवं हस्ताक्षर

स्वास्थ्यता का चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण पत्र

प्रार्थी के हस्ताक्षर

मैं/हम चिकित्सा समिति सदस्य/सिविल सर्जन प्रमाणित
करता हूँ/हैं कि मैंने/हमने श्री/श्रीमती/कु. जिनके हस्ताक्षर उपर अंकित
हैं, की सावधानी से परीक्षा की है और पाया है कि वे अपने रोग से मुक्त हो गये हैं और शासकीय सेवा में
अपना काम पुनः सँभालने योग्य हैं। मैं/हम यह भी प्रमाणित करता हूँ/हैं कि यह निर्णय पर पहुँचने से पूर्व
मैंने/हमने मूल चिकित्सा प्रमाण-पत्रों और प्रकरण के विवरणों (अथवा उसकी प्रमाणित प्रतिलिपियों),
जिनके द्वारा छुट्टी स्वीकृत कराई गई थी/विस्तारित की गई थी, की जाँच कर ली है एवं मेरे/हमारे निर्णय
पर पहुँचते समय उन्हें दृष्टिगत रखा है।

शासकीय अथवा पैथोलॉजी चिकित्सक
अधिकारी के हस्ताक्षर
नाम एवं पदनाम