

चिकित्सा के तौर पर छुट्टी लेने पर प्रस्तुत करनेवाला चिकित्सा प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE TO BE PRODUCED WHEN LEAVE IS APPLIED ON MEDICAL GROUNDS

आवेदक के हस्ताक्षर **Signature of the Applicant** : _____

परिवर्तित छुट्टी लेने पर अराजपत्रित कर्मचारियों के द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाला चिकित्सा प्रमाण पत्र Medical Certificate for non-gazetted recommended for leave of extension of commutation of leave.

उपर्युक्त हस्ताक्षरकर्ता, श्री / श्रीमती _____, जिनके _____ बीमारी के इलाज हेतु, मैं डॉ॰ _____ निश्चित चिकित्सा के परीक्षा के बाद, प्रमाणित कर रहा हूँ कि उनकी तबीयत की यथास्थिति में ले आने के लिए, उनको _____ दिन की छुट्टी (_____ से) लेने की आवश्यकता है।

I, Dr. _____, after careful personal examination of the case, hereby certify that Sri/Smt. _____ whose signature is given above, is suffering from _____ and I consider that a period of absence from duty of _____ (w.e.f. _____) is absolutely necessary for the restoration of his / her health.

दिनांक Dated
चिकित्सक पेशक

सरकारी चिकित्सा सहायक (व) अन्य रजिस्ट्री हुआ

Govt. Medical attendant (or) Other Regd. Medical Practitioner

गतिविधियों पर हाजिरी होने के समय प्रस्तुत करने वाले स्वस्थता प्रमाण पत्र
FORM OF MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY

आवेदक के हस्ताक्षर **Signature of the Applicant** : _____

मैं, डॉ॰ _____ सिविल सर्जन / चिकित्सक / रजिस्ट्री हुआ चिकित्सक पेशक एतद प्रमाणित कर रहा हूँ कि उपर्युक्त हस्ताक्षरकर्ता, जिनके कार्यरत शाखा के बारे में पूरी तरह से जाँच लिया और परिणामतः पाया गया है कि वे पूरी तरह से चुस्त हैं और _____ (दिनांक) से अपने दैनन्दिन गतिविधियों पर हाजिर हो सकते हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस नतीजे पर पहुँचने के पहले असली चिकित्सा प्रमाण पत्र और इस मामले से संबंधित सभी दस्तावेज़ / विवरण की पूरी तरह से जाँच लिया, जिसके आधार पर छुट्टी की मंजूरी की है और विस्तार की है।

I, Dr. _____ Civil Surgeon / Physician / Regd. Medical Practitioner of Sri / Smt. _____, do hereby certify that, I have carefully examined A,B,C of the department, whose signature is given above and find that he / she recovered from his / her illness and is now fit to resume duties with effect from _____ (Date). I also certify that before arriving at this decision, I have examined the original medical certificate (s) and statement (s) of the case (or certified copies there of) on which leave was granted or extended and have taken those into consideration in arriving at my decision.

दिनांक Dated
चिकित्सक पेशक

सरकारी चिकित्सा सहायक (व) अन्य रजिस्ट्री हुआ

Govt. Medical attendant (or) Other Regd. Medical Practitioner