**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