# छुट्टी या छुट्टी बढ़ाने या छुट्टी परिवर्तन हेतु रिकमंडेशन करने वाले अधिकारियों के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र

# MEDICAL CERTIFICATE FOR OFFICERS RECOMMENDING LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE.

 सरकारी सेवक के हस्ताक्षर.............................................................................................

मैं, डॉ..............................................................................................रोगी का सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत परिक्षण करने के पश्चात् एतद्द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती......................................................................................................................... ........................................................................................जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं

....................................................................रोग से पीड़ित हैं और मेरे विचार से दिनांक ................................से दिनांक ............................तक की............................दिन की ड्यूटी से उनकी अनुपस्थिति उनके स्वास्थ्य लाभ हेतु अत्यंत आवश्यक है I

 दिनांक: प्राधिकृत चिकित्सक

 चिकित्सालय/ डिस्पेंसरी

Signature of the Govt. Servant: \_

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 days with effect from to is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

# Date: Authorised Medical Attendant

 **Hospital/Dispensary**