

प्रपत्र - 4 (अराजपत्रित) के अंतर्गत विनिर्दिष्ट प्रारूप

(नियम-19)

PRESCRIBED FORM UNDER FORM-4 (NON-GAZETTED)

(Rule-19)

आवेदक का हस्ताक्षर.....
Signature of the applicant.....

मैं, डॉ..... रोगी की सावधानीपूर्वक स्वयं जाँच करने के उपरांत एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती.....जिनका हस्ताक्षर ऊपर है,से पीड़ित हैं और मेरे विचार से दिनांकसेतक.....दिनों के लिए इयूटी में न जाना उनके स्वास्थ्य में सुधार हेतु नितांत आवश्यक है।

I, Dr..... after careful personal examination on the case hereby certify that Shri/Smti.....whose signature is given above, is suffering from.....and I consider that a period of absence from duty of.....with effect from.....to..... is absolutely necessary for restoration of his/her health.

दिनांक/Date:.....

स्थान/Place:.....

प्राधिकृत चिकित्सक

Authorised Medical Attendant/
Registered Medical Practitioner

प्रपत्र-5 के अंतर्गत विनिर्दिष्ट प्रारूप

[नियम-24(3)]

PRESCRIBED FORM UNDER FORM-5

[Rule-24(3)]

आवेदक का हस्ताक्षर.....
Signature of the applicant.....

हम चिकित्सा बोर्ड के सदस्य / मैं डॉ.....सिविल शल्य चिकित्सक/प्राधिकृत चिकित्सक/पंजीकृत चिकित्सक एतद्द्वारा यह प्रमाणित करते हैं/करता हूँ कि हम लोगो ने/मैंने विभाग के श्री/श्रीमती.....जिनका हस्ताक्षर ऊपर है, का सावधानीपूर्वक जाँच किया है और पाया है कि वे अब रोग मुक्त हो गए हैं और अब सरकारी सेवा में वे कार्यभार ग्रहण करने योग्य हो गए हैं। हम लोग/मैं यह भी प्रमाणित करते/करता हूँ कि यह निर्णय लेने से पूर्व हमने/मैंने रोगी के मूल चिकित्सा प्रमाण-पत्र (ओं) (उसकी सत्यापित प्रतियों) जिसके आधार पर छुट्टी स्वीकृत/बढ़ाई गई थी, का जाँच कर लिया है और यह निर्णय लेने के पूर्व उन पर विचार कर लिया है।

We, the members of Medical Committee/I, the Civil Surgeon/Authorised Medical Attendant/Registered Medical Practitioner..... hereby certify that we/I have carefully examined Shri/Smti..... of the..... Department, whose signature taken at my presence is given above and find that he/she has recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in Government service. We/I also certify that before arriving at this decision, we/I have examined the original Medical Certificate(s) of the case (certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into considerations on arriving at our/my decision.

दिनांक/Date:.....

स्थान/Place:.....

प्राधिकृत चिकित्सक

Authorised Medical Attendant/
Registered Medical Practitioner