

प्रपत्र 4/Form 4
(नियम 19 देखें/ See Rule 19)

छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी के रूपान्तरण के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR
COMMUTATION OF LEAVE

सरकारी सेवक के हस्ताक्षर/

Signature of the Government Servant_____

मैं, _____, मामले की अत्यंत सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत
जांच एतद्वारा प्रमाणित करता हूं कि
श्री/श्रीमती/कुमारी _____ जिनका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया
है, _____ से पीड़ित है और मैं मानता हूं कि कर्तव्य से अनुपस्थिति
_____ तिथि से _____ की अवधि उनके स्वास्थ्य की बहाली के
लिए नितांत आवश्यक है।

I, _____, after very careful personal
examination of the case hereby certify that
Shri/Shrimati/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.

अधिकृत चिकित्सा परिचारक
Authorized Medical Attendant
_____ अस्पताल / औषधालय
_____ Hospital/Dispensary
या अन्य पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी
or other Registered Medical
Practitioner

दिनांक/Dated_____