

प्रपत्र 3/Form 3
(नियम 19 देखें/ See Rule 19)

राजपत्रित अधिकारियों के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र, अनुशंसित छुट्टी अथवा
छुट्टी का विस्तार या छुट्टी का रूपान्तरण
MEDICAL CERTIFICATE FOR GAZETTED OFFICERS, RECOMMENDED 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.

नागरिक सर्जन / स्टाफ़ सर्जन /
अधिकृत चिकित्सा परिचारक
Civil Surgeon/Staff Surgeon/
Authorized Medical Attendant

तारीख/Dated _____ औषधालय/ Dispensary