

फॉर्म – 3

छुट्टी या छुट्टी बढ़ाने या परिवर्तित छुट्टी के लिये चिकित्सा प्रमाण पत्र

सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर _____

मैं डॉ. _____ रोगी की सावधानीपूर्वक जाँच करने के उपरांत
प्रमाणित करता / करती हूँ कि श्री / श्रीमती / कुमारी _____ जिनका हस्ताक्षर ऊपर है
_____ से पीड़ित है और मेरे विचार से दिनांक _____ से _____ तक _____ दिनों
के लिये ड्यूटी पर न जाना स्वास्थ्य के सुधार के लिए निहायत आवश्यक है।

दिनांक _____

(_____)
आधिकृत चिकित्सा अधिकारी
_____ अस्पताल / औषधालय

FORM – 3

**MEDICAL CERTIFICATE FOR GOVT. SERVANT RECOMMENDED LEAVE OR
EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE.**

Signature of Government Servant _____

I Dr. _____ 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 period of absence from duty of _____ days
with effect from _____ to _____ is absolutely necessary for the restoration of
his/her health.

Date _____

(_____)
Authorized Medical Attendant,
_____ Hospital/Dispensary