

F O R M - 4

छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी के विनिमय हेतु चिकित्सा प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Government servant: _____

मैं डॉ. _____ सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जांच के बाद प्रमाणित करता हूँ कि, डॉ./श्री/श्रीमती/कुमारी _____, जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं, वे _____ से पीड़ित हैं और मुझे लगता है कि उनके स्वास्थ्य की बहाली के लिए _____ से _____ तक इयूटी से अनुपस्थिति की अवधि नितान्त आवश्यक है।

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

स्थान Place: _____

दिनांक Date: _____

**Civil surgeon/Staff Surgeon/
Authorized Medical Attendant/
Registered Medical Practitioner**