

फार्म - 4 (नियम 19 देखें)
FORM - 4 (See Rule 19)

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

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर ----- ।

मैं डॉ ----- श्री / श्रीमती / कु -----
----- जिन्होंने ऊपर हस्ताक्षर किए हैं, को सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जाँच करने के पश्चात्
प्रमाणित करता / करती हूँ कि वे ----- से पीडित हैं और मेरे
विचार में दिनांक ----- से दिनांक ----- तक इयूटी
से अनुपस्थिति की अवधि उनके स्वास्थ्य लाभ के लिए बहुत ही आवश्यक है ।

Signature of the Government Servant.....
..... I, Dr.....after
careful personal examination of the case hereby certify that
Shri/Smt....., 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 the restoration of his/her health.

स्थान PLACE :
दिनांक DATE:

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी / पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी
AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT
REGISTERED MEDICAL PRACTITIONER

फार्म - 5 (नियम 19 देखें)
FORM - 5 (See Rule 19)

कार्यभार संभालने के लिए स्वस्थता प्रमाण-पत्र
MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS OF RETURN TO DUTY

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर -----

मैं, डॉ ----- प्रमाणित करता / करती हूँ कि मैंने श्री / श्रीमती -----
----- जिन्होंने ऊपर हस्ताक्षर किए हैं, को स्वस्थ पाया है और वे
अब सरकारी सेवा में कार्यभार संभालने के लिए योग्य हैं। मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि मैंने
रोग का मूल चिकित्सा प्रमाण - पत्र और रोग के विवरण (या उसकी प्रमाणित प्रतियाँ), जिसके
आधार पर छुट्टी प्रदान की गई या बढ़ाई गई, की जाँच करके यह निर्णय लिया है।

Signature of the Government Servant.....
I, Dr.....do
hereby certify that I have carefully examined Sri/Smt.....
whose signature is given above, and find that he/she has recovered from his illness and
is now fit to assume duties in Government Service. I also certify that before arriving at
this decision, I have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the
case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have
taken these into consideration in arriving at my decision.

स्थान PLACE :
दिनांक DATE:

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी / पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी
AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT
REGISTERED MEDICAL PRACTITIONER