

FORM - 4

रोग से मुक्त होने पर ड्यूटी पर वापिस जाने के लिए डाक्टरी प्रमाण पत्र

Medical Certificate of Fitness to return to duty

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of Applicant \_\_\_\_\_

मैं ..... का सिविल सर्जन / पंजीकृत डॉक्टर ( ..... ) यह प्रमाणित करता हूँ कि मैंने ..... विभाग के श्री की जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिये हुए हैं, डाक्टरी परीक्षा सावधानी पूर्वक की है तथा इस निष्कर्ष पर पहुँचा हूँ कि यह अब रोग मुक्त है तथा इस योग्य है कि सरकारी ड्यूटी पर चले जायें। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस निष्कर्ष पर पहुँचने से पहले मैंने मूल डाक्टरी प्रमाण-पत्र और उन विवरणों ( अथवा उनकी प्रमाणित प्रतियों ) की जांच कर ली है जिनके आधार पर छुट्टी मंजूर की गई थी अथवा बढ़ाई गई थी तथा इन सबको ध्यान में रखने के बाद ही अपने उक्त निष्कर्ष पर पहुँचा हूँ।

**CIVIL SURGEON OF**

I..... Registered Medical Practitioner of do Hereby certify that I have carefully examined ..... of the department ..... whose Signature is given above and find that he has recovered from his illness and is now fit to resume his duties in Government service I also certify that before arriving at this decision I have examined the original Medical certificate and statements of the case (or certified copies there of) on which leave was granted to extended and have taken these into consideration in arriving at my decision.

सरकारी चिकित्सक अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक  
Civil Surgeon / Staff Surgeon / Govt. Medical Attendant  
Registered Medical Practitioner (No.....)

तारीख

Date \_\_\_\_\_

FORM - 3

आवेदक के हस्ताक्षर .....

Signature of Applicant

अराजपत्रित कर्मचारियों की छुट्टी देने अथवा छुट्टी बढ़ाने अथवा छुट्टी परिवर्तन करने सम्बन्धी सिफारिश करने वाला डाक्टरी प्रमाण पत्र

Medical Certificate for non gazetted officer recommended for leave or extension or commutation of leave

( भारत सरकार वित्त विभाग संख्या 173-एस आर तारीख 17 मार्च 1931 )

( Govt. of India, Finance Deptt. No. 173-S.R. Dated 17 March, 1931 )

मैं ..... व्यक्तिगत रूप से सावधानी पूर्वक इस मामले की जांच करने के बाद प्रमाणित करता हूँ कि जिस कर्मचारी के हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं वह ..... नामक रोग से ग्रस्त है और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लाभ के लिये ..... तारीख से दिनों की अवधि तक ड्यूटी पर न जाना उनके लिए नितांत आवश्यक है।

I..... after careful examination of the case hereby certify that ..... whose signature is given above is suffering from ..... and is considered that a period of absence absolutely or the restoration of his healthy.

तारीख

Date \_\_\_\_\_

सरकारी चिकित्सक  
अथवा अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक  
Govt. Medical Attendant  
OR  
Registered Practitioner (No.....)