

फार्म - 3 (नियम 19 देखें)  
FORM - 3 (See Rule 19)

छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी के परिवर्तन हेतु राजपत्रित अधिकारियों  
के लिए चिकित्सा प्रमाण-पत्र  
MEDICAL CERTIFICATE FOR GAZETTED OFFICERS RECOMMENDED LEAVE OR  
EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर..... ।  
में, डॉ.....श्री/श्रीमती/कुमारी.....  
जिन्होंने ऊपर हस्ताक्षर किए हैं, को सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जाँच करने के पश्चात  
प्रमाणित करता/करती हूँ कि वे ..... से  
पीड़ित हैं और मेरे विचार में दिनांक ..... से  
दिनांक ..... तक ..... दिनों के लिए उनकी इयूटी से  
अनुपस्थिति उन्हें स्वस्थ होने 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. /  
Kum. .... whose signature is given above, is suffering  
from ....., and I consider that a period of  
absence from duty of .....days with effect from ..... to  
..... is absolutely necessary for the restoration of his / her health.

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी  
Authorized Medical Attendant  
.....पंजीकृत अस्पताल/औषधालय  
..... Registered Hospital/Dispensary

दिनांक Date .....

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 OF LEAVE OR  
COMMUTATION OF LEAVE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर..... ।  
में, डॉ. ....श्री/श्रीमती/कुमारी.....  
जिन्होंने ऊपर हस्ताक्षर किए हैं, को सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जाँच करने के पश्चात  
प्रमाणित करता/करती हूँ कि वे ..... से  
पीड़ित हैं और मेरे विचार में दिनांक ..... से  
दिनांक ..... तक ..... दिनों के लिए उनकी इ्यूटी से  
अनुपस्थिति उन्हें स्वस्थ होने 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. /  
Kum. .... whose signature is given above, is suffering  
from ....., and I consider that a period of  
absence from duty of .....days with effect from ..... to  
..... is absolutely necessary for the restoration of his / her health.

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी  
Authorized Medical Attendant  
.....पंजीकृत अस्पताल/औषधालय  
..... Registered Hospital/Dispensary

दिनांक Date .....

फार्म - 5 [नियम 24 (3) देखें]  
FORM - 5 [See Rule 24(3)]

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

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....।  
मैं, डॉ. .... प्रमाणित करता / करती हूँ  
कि मैंने श्री/श्रीमती/कु. .... जिनके  
हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं, अब बीमारी से ठीक हो गए हैं और वे अब सरकारी सेवा में  
दिनांक ..... को कार्यभार संभालने के योग्य हैं। मैं प्रमाणित करता /  
करती हूँ कि यह निर्णय लेने से पहले मैंने मूल चिकित्सा प्रमाण-पत्र और मामला (या  
उसकी प्रमाणित प्रतियाँ), जिसके आधार पर छुट्टी प्रदान की गई है या बढ़ाई गई है, के  
विवरण की जाँच कर विचार करने के उपरांत इस निर्णय पर पहुँचा हूँ।

**Signature of the Government Servant.....**

I, ..... **Civil Surgeon/Staff Surgeon,**

**Authorised Medical Attendant**

Do hereby certify that I have carefully examined Shri/Smt/Kum.....  
whose signature is given above, and find that he/she recovered from his/her illness and  
is now fit to resume duties on ..... in Government Service. I also certify that  
before arriving at this decision, I 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.

**प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी**

**Authorized Medical Attendant**

..... **पंजीकृत अस्पताल/औषधालय**

..... **Registered Hospital/Dispensary**

**दिनांक Date .....**