

## चिकित्सा प्रमाण पत्र/MEDICAL CERTIFICATE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ Signature of the Govt. Servant \_\_\_\_\_

मैं, डॉ. \_\_\_\_\_ डॉ/ श्री/श्रीमती/सुश्री \_\_\_\_\_

(सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम) जिन्होंने ऊपर हस्ताक्षर किए हैं, की सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जाँच करने के पश्चात् प्रमाणित करता/करती हूँ कि वे \_\_\_\_\_ पीड़ित हैं और इसलिए मेरे विचार में दिनांक \_\_\_\_\_ से दिनांक \_\_\_\_\_ तक ड्यूटी से अनुपस्थिति की अवधि उनके स्वास्थ्य के लिए बहुत ही आवश्यक है।

I, Dr. ----- after careful personal examination of the case hereby certify that Dr./Shri/Smt./Ms----- (name & designation of the Govt. Servant) of the office of the ----- whose signature is given above is suffering from ----- and, therefore, I consider, that a period of absence from duty from ----- to with effect from ----- is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

स्थान/Place:

शासकीय चिकित्सा अधिकारी / सिविल सर्जन / स्टाफ सर्जन / प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/  
चिकित्सा परिचारक/पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर के हस्ताक्षर के साथ आधिकारिक मुहर/  
Signature of Government Medical Officer/Civil Surgeon/Staff Surgeon/  
Authorized Medical Attendant/Registered Medical Practitioner alongwith official seal.

दिनांक/Date:-----पंजीकरण संख्या/Registration No. -----

## स्वस्थता प्रमाण-पत्र/FITNESS CERTIFICATE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ Signature of the Govt. Servant \_\_\_\_\_

मैं, डॉ. \_\_\_\_\_ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने

डॉ./श्री/श्रीमती/सुश्री \_\_\_\_\_ (सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम) 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 उनकी प्रमाणित प्रतियाँ), जिसके आधार पर छुट्टी प्रदान की गई या बढ़ाई गई, की जाँच करके यह निर्णय लिया है।

I, Dr. ----- do hereby certify that I had carefully examined Dr./Shri/ Smt./Ms----- (name & designation of the Govt. Servant) of the office of the ----- whose signature is given above and find that he/she has recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in Government service. I also certify that before arriving at this decision, I have examined the original medical certificate and statement 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:

शासकीय चिकित्सा अधिकारी/सिविल सर्जन/ स्टाफ सर्जन/प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/  
चिकित्सा परिचारक/पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर के हस्ताक्षर के साथ आधिकारिक मुहर/  
Signature of Government Medical Officer/Civil Surgeon/Staff Surgeon/  
Authorized Medical Attendant/Registered Medical Practitioner alongwith official seal.

दिनांक/Date:-----पंजीकरण संख्या/Registration No. -----