

चिकित्सा प्रमाण पत्र/MEDICAL CERTIFICATE

मैं, डॉ. _____ डॉ./श्री/श्रीमती/सुश्री _____
_____ (सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम) जिन्होंने नीचे 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, कुल _____ दिनों की 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 below is suffering from _____ and, therefore "I consider that a period of absence from duty from _____ to _____ for a total of _____ days is absolutely necessary for the restoration of his/her health

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of the Govt. Servant _____

स्थान/Place:

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

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

स्वस्थता प्रमाण-पत्र/FITNESS CERTIFICATE

मैं, डॉ. _____ प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं ने डॉ./श्री/श्रीमती/सुश्री _____
_____ (सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम) जिन्होंने नीचे 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 प्रतियां), 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 below 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.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of the Govt. Servant _____

स्थान/Place:

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

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