

फार्म 4 [नियम 19 देखें]

अराजपत्रित अधिकारियों के लिए अनुशंसित छुट्टी या चिकित्सा प्रमाण पत्र छुट्टी का विस्तार या छुट्टी का रूपांतरण
सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर.....
में,मामले की सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जांच के बाद
एतद्वारा प्रमाणित करते हैं कि श्री/श्रीमती/कुमारी जिनके हस्ताक्षर हैं
ऊपर,से पीड़ित है और मैं मानता हूँ
कि.....के प्रभाव से.....के कर्तव्य से अनुपस्थिति की अवधि
उसके स्वास्थ्य की बहाली के लिए नितांत आवश्यक है।

अधिकृत चिकित्सा परिचारक

दिनांक:.....

.....
अस्पताल/औषधालय या अन्य पंजीकृत
चिकित्सा अधिकारी

फार्म 5 [नियम 24(3) देखें]

अराजपत्रित अफसर की इयूटी पर लौटने के लिए फिटनेस का चिकित्सा प्रमाण पत्र

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

हम, मेडिकल बोर्ड के सदस्य:

में,अधिकृत मेडिकल अटेंडेंट/पंजीकृत.....
के चिकित्सा व्यवसायी इसके द्वारा प्रमाणित करते हैं कि हमने/मैंने किया है।

श्री/श्रीमती/कुमारीजिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं वह अपनी
बीमारी से ठीक हो गया है और अब फिर से सरकारी सेवा में कर्तव्यों शुरू करने के लिए फिट है। हमने/मैंने मामले
के मूल चिकित्सा प्रमाण-पत्रों और बयानों (या उनकी प्रमाणित प्रतियों) की जांच की है, जिस पर छुट्टी प्रदान की गई
थी या बढ़ाई गई थी और हमारे/मेरे निर्णय पर पहुंचने में इन्हें ध्यान में रखा है।

मेडिकल बोर्ड के सदस्य

दिनांक:.....

(1)
(2)

सिविल सर्जन/स्टाफ सर्जन/अधिकृत चिकित्सा
परिचारक/पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी

FORM 4 [See Rules 19]

**MEDICAL CERTIFICATE FOR NON-GAZETTED OFFICERS RECOMMENDED LEAVE OR
EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE**

Signature of the Government servant _____

I, _____ after careful personal examination of the case hereby certify that Shri/Smt/Km _____ whose signature is given above, is suffering from _____ and I consider that a period of absence from duty of _____ with effect from _____ is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

Authorized Medical Attendant

Dated :

Hospital/Dispensary or other Registered
Medical Practitioner

FORM 5 [See Rules 24(3)]

**MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY OF NON-GAZETTED
OFFICER**

Signature of the Government servant _____

We, the members of Medical Board :

I, _____ Authorized Medical Attendant/Registered Medical Practitioner of _____ do hereby certify that we/I have carefully examined Shri/Smt/Km _____ whose signature is given above, and find that he/she recovered from his/her illness and is now fit to resume duties in Government service. We/I also certify that before arriving at this decision, we/I have examined the original medical certificate(s) and statements(s) of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at our/my decision.

Members of the Medical Board

(1) _____

(2) _____

Dated:

Civil Surgeon/Staff Surgeon/Authorized Medical
Attendant/Registered Medical Practitioner