

**प्रपत्र 4 / FORM 4**  
**छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी परिवर्तित करने के लिए चिकित्सा प्रमाणपत्र**  
**MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR**  
**COMMUTATION OF LEAVE**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....

मैं डॉ. ....सावधानी से  
मामले का व्यक्तिगत परीक्षण करने के बाद एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि  
श्री/श्रीमती/कुमारी..... जिसका  
हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है, वह ..... पीड़ित  
हैं और मैं मानता/मानती हूँ कि दिनांक.....से..... की अवधि तक छुट्टी से  
उनकी अनुपस्थिति उनके आरोग्य होने के लिए नितांत आवश्यक है।

Signature of the Govt. servant .....

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

प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंट/ Authorized Medical Attendant  
..... अस्पताल डिस्पेंसरी / Hospital/Dispensary  
पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर / Or other Registered Medical Practitioner

दिनांक / Dated.....

**प्रपत्र 3 / FORM 3**  
**MEDICAL CERTIFICATE FOR GAZETTED OFFICERS RECOMMENDED LEAVE**  
**OR EXTENTION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE**  
**राजपत्रित अधिकारियों के लिए छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी परिवर्तन हेतु**  
**चिकित्सा प्रमाणपत्र**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....

मैं डॉ. ....सावधानी से  
मामले का व्यक्तिगत परीक्षण करने के बाद एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि  
श्री/श्रीमती/कुमारी.....  
जिसका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है, वह .....  
पीड़ित हैं और मैं मानता/मानती हूँ कि दिनांक.....से.....की अवधि तक ड्यूटी  
से उनकी अनुपस्थिति उनके आरोग्य होने के लिए नितांत आवश्यक है।

Signature of the Govt. servant .....

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

सिविल सर्जन / स्टाफ सर्जन / Civil Surgeon/Staff Surgeon  
प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंट/ Authorized Medical Attendant  
..... अस्पताल डिस्पेंसरी / Hospital/Dispensary

दिनांक / Dated.....

प्रपत्र 5 / FORM 5

ड्यूटी पर लौटने के लिए स्वस्थता का चिकित्सा प्रमाणपत्र  
MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....,  
मैं, डॉ. ...., सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत परीक्षण करने के उपरांत  
यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी .....,  
जिनके हस्ताक्षर ऊपर अंकित हैं, वे अपनी बीमारी से पूर्णतः मुक्त हो चुके/चुकी हैं तथा अब सरकारी सेवा में पुनः  
कार्यभार ग्रहण करने के लिए स्वस्थ हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस निर्णय पर पहुँचने से पूर्व मैंने मूल  
चिकित्सा प्रमाण पत्र/पत्रों तथा मामले के बयान (अथवा उनकी प्रमाणित प्रतिलिपियाँ), जिनके आधार पर छुट्टी स्वीकृत  
या विस्तारित किया गया था, का परीक्षण और विचार किया है।

Signature of the Govt. servant .....  
I, Dr. .... do hereby certify that I have  
carefully examined Sh./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 Govt. Service. I also certify that before arriving at this decision I have 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.

सिविल सर्जन / स्टाफ सर्जन / Civil Surgeon/Staff Surgeon  
प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंट/ Authorized Medical Attendant  
पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर / Registered Medical Practitioner

दिनांक / Dated.....