

छुट्टी के लिए/विस्तार/परिवर्तन के लिए उपचार प्रमाण पत्र MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE/EXTENSION/COMMUTATION OF LEAVE		GA	24
हस्पताल/डिस्पेंसरी का नाम Name of Hospital/Dispensary		दिनांक Date	
<p>मै, डा० ----- ने मामले की सावधानपूर्वक व्यक्तिगत जाँच करने के बाद यह एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि रोगी के जिसके विवरण एवं हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं निम्न से पीडित हैं:</p> <p>I, Dr..... after careful personal examination of the case hereby certify that patient whose particulars and signature are given below, is suffering from:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
रोगी का नाम Patient Name		मंत्रालय/कार्यालय Ministry/Office	
रोगी के हस्ताक्षर Signature of Patient			
ड्यूटी से अनुपस्थित रहने की अवधि Period of absence from duty		दिन Days	से प्रभावी With effect from
कोई अन्य टिप्पणियाँ Any other remarks			
<p>मैं समझता हूँ कि उनके स्वास्थ्य के पुनरुद्धार के लिए यथा उपरोक्त अवधि के लिए ड्यूटी से अनुपस्थित रहना अति आवश्यक है। I consider that a period of absence from duty as above is absolutely necessary for the restoration of his/her health.</p>			
कार्यालयीन मुहर Official seal		उपचार अधिकारी के हस्ताक्षर Signature of Medical Officer	