

छुट्टी के लिए/विस्तार/परिवर्तन के लिए उपचार प्रमाण पत्र		GA	24
हस्पताल/डिस्पेंसरी का नाम		दिनांक	
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:			
.....			
रोगी का नाम		मंत्रालय/कार्यालय	
रोगी के हस्ताक्षर			
ड्यूटी से अनुपस्थित रहने की अवधि		दिन	से प्रभावी
कोई अन्य टिप्पणियाँ			
मैं समझता हूँ कि उनके स्वास्थ्य के पुनरुद्धार के लिए यथा उपरोक्त अवधि के लिए ड्यूटी से अनुपस्थित रहना अति आवश्यक है।			
कार्यालयीन मुहर		उपचार अधिकारी के हस्ताक्षर	