राष्ट्रीय जनजातीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान (भा.आ.अ.प.) जबलपुर – 482003 (म.प्र.)
NATIONAL INSTITUTE OF RESEARCH IN TRIBAL HEALTH (ICMR), JABALPUR –482003 (M.P.)

(नियम देखें / See Rule-19)

प्रपत्र / Form – 3/4

अवकाश पर जाने या अवकाश बढ़ाने या अवकाश परिवर्तन करने के लिए चिकित्सा प्रमाण-पत्र

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर : ……

मैं ..... रोगी की सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जाँच करने के उपरांत प्रमाणित करता हूँ कि श्री / श्रीमती / डॉ. .....जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं, ... रोग से पीड़ित हैं और मैं मानता हूँ कि उनके पुनः स्वस्थ होने के लिए कर्तव्य से दिनांक ..... से .....(दिन) की अवधि की अनुपस्थिति पूर्णतः आवश्यक है।

सिविल सर्जन / स्टाफ सर्जन
..... अस्पताल/दवाखाना के अधिकृत चिकित्सक
या अन्य

दिनांक : .....
पंजीकृत चिकित्सक

Medical Certificate for Proceeding on Leave, Extension of Leave, or Conversion of Leave

Signature of the Government servant: ……
I , ……. after careful personal examination of the case hereby certify that Shri/ Shrimati/Kumari ……. 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.

Civil Surgeon/Staff Surgeon,
Authorized Medical Attendant
…… Dispensary

राष्ट्रीय जनजातीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान (भा.आ.अ.प.)जबलपुर – 482003 (म.प्र.)
NATIONAL INSTITUTE OF RESEARCH IN TRIBAL HEALTH (ICMR), JABALPUR –482003 (M.P.)

(नियम देखें / See Rule – 34)

प्रपत्र / Form – 5

कर्तव्य पर पुनः उपस्थित होने के लिए स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर : .....

मैं / हम .....चिकित्सा बोर्ड के सदस्य / सिविल सर्जन / स्टाफ सर्जन /अधिकृत चिकित्सा परिचारक / पंजीकृत चिकित्सक एतद् द्वारा प्रमाणित करता / करते हैं कि मैंने / हमने श्री / श्रीमती / कुमारी .....जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं,की सावधानीपूर्वक जाँच की है और पाया है कि वे अब सरकारी सेवा में कर्तव्य पर उपस्थित होने के लिए स्वस्थ हैं। मैं / हम यह भी प्रमाणित करता / करते हैं कि इस निर्णय पर पहुंचने से पूर्व रोगी के मूल चिकित्सा प्रमाण-पत्र(या उनकी प्रमाणित प्रतियों) की जाँच कर ली गई है, जिनके आधार पर अवकाश स्वीकृत या बढ़ाया गया था।

चिकित्सा बोर्ड के सदस्य
(1) .....
(2) .....
(3) .....
सिविल सर्जन / स्टाफ सर्जन
अधिकृत चिकित्सा परिचारक
पंजीकृत चिकित्सक

दिनांक : .....

Fitness Certificate for Resuming Duty

Signature of the Government servant: .....

We, the members of Medical Board

I/, ... Civil Surgeon/Staff Surgeon, Authorized Medical Attendant , Registered Medical Practitioner } of .....

do hereby certify that we/I have carefully examined Shri/Shrimati/Kumari ..... 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).....
(3) .....
Civil Surgeon/Staff Surgeon,
Authorized Medical Attendant,
Registered

Dated: .....
Medical Practitioner