

**छुट्टी या कम्प्यूटेशन के विस्तार के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र  
राजपत्रित अधिकारी के संबंध में अवकाश**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर.....

मैं, ..... सावधान व्यक्तिगत के बाद मामले की जांच एतदद्वारा प्रमाणित करते हैं कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं। वे पीड़ित हैं.....से और मैं मानता हूँ कि अनुपस्थिति की अवधि.....दिन (दिनों) की इ्यूटी से .....से प्रभावी है उसके स्वास्थ्य की बहाली के लिए नितांत आवश्यक है।

**अधिकृत चिकित्सा परिचारक**

दिनांक:.....

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

**फार्म-5**

**इ्यूटी पर लौटने के लिए फिटनेस का मेडिकल सर्टिफिकेट**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....

मैं/हम, .....मेडिकल बोर्ड के सदस्य/सिविल सर्जन/ स्टाफ सर्जन/ अधिकृत मेडिकल अटेंडेंट/ पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी का.....

.....एतदद्वारा प्रमाणित करते हैं कि मैंने/हमने सावधानी से जांच की है।

श्री/श्रीमती/कुमारी .....जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं और पाया गया है कि वह अपनी बीमारी से ठीक हो गए हैं और अब सरकारी सेवा में कर्तव्यों को फिर से शुरू करने के लिए फिट है। मैं/हम यह भी प्रमाणित करते हैं कि इस पर पहुंचने से पहले निर्णय, मैंने/हमने मामले के मूल चिकित्सा प्रमाणपत्र (प्रमाणपत्रों) और विवरण (पत्रों) की जांच की है (या उसकी प्रमाणित प्रतियाँ) जिस पर अवकाश स्वीकृत या बढ़ाया गया था।

मेडिकल बोर्ड के सदस्य/सिविल सर्जन/स्टाफ सर्जन/अधिकृत  
चिकित्सा परिचारक/पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी

दिनांक:.....

**MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF COMMUTATION  
LEAVE IN RESPECT OF GAZETTED OFFICER**

Signature of the Government Servant \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ after careful personal examination of the case hereby certify that Sh./ Smt./ Kumari \_\_\_\_\_ whose signature is given above is suffering from \_\_\_\_\_ and I consider that a period of absence from duty of \_\_\_\_\_ day(s) with effect from \_\_\_\_\_ is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

**Authorized Medical Attendant  
\_\_\_\_\_ Hospital/  
Dispensary or other Registered  
Medical Practitioner**

Date: \_\_\_\_\_

.....  
**Form-5**

**MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS FOR RETURN TO DUTY**

Signature of the Government Servant \_\_\_\_\_

I/We, \_\_\_\_\_ the members of Medical Board/  
Civil Surgeon/Staff Surgeon/ Authorized Medical Attendant/ Registered Medical Practitioner  
of \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ hereby certify that I/We have carefully examined  
Sh/Smt./Kumari \_\_\_\_\_  
whose signature is given above and found that he/she recovered from his/her illness and now  
fit to resume duties in Government Service. I/We also certify that before arriving at this  
decision, I/We have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the case  
(or certified copies thereof) on which leave was granted or extended.

**Member of the Medical Board/ Civil Surgeon/  
Staff Surgeon/Authorized Medical Attendant/  
Registered Medical Practitioner**

Dated: \_\_\_\_\_