

राष्ट्रीय जनजाति वैद्यिक अनुसंधान संस्थान (भा.आ.अ.प.) जबलपुर-482003

(म.प.)

NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN TRIBAL HEALTH (ICMR), JABALPUR-482003 (M.P.)

(देखिए नियम/See Rule-19)

फॉर्म / Form – 3/4

अवकाश पर जाने या अवकाश बढ़ाने या अवकाश परणत करने के लिए चिकित्सा माण-प

सरकार कर्मचार के हता र : .....

म..... रोगी क सावधानीपूर्वक वैयक्तिक जांच करने के उपरांत माणत करता हूं क पी/पीमती/डॉ. .... जिनके हता र ऊपर दिए गए रोग से पीड़ित ह और ममानता हूं क उनके पुनः वथ होने के लिए कतय से दनांक ..... से ..... (दना) क अवधि क अनुपथित पूणतः आवयक है।

सल सजस/टाफ सजस/

..... अताल/दवाखाना के अध.क.पचा.

या आय

दनांक : .....

पंजीकृत कसक

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 जनजात स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान (भा.आ.अ.प.) जबलपुर-482003

(म.प.)

NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN TRIBAL HEALTH (ICMR), JABALPUR-482003 (M.P.)

[देखिए नियम/See Rule - 34(3)]

फॉर्म / Form -5

कतिय पर पुनः उपस्थित होने के लिए अवस्था का चक्रसा माण-प

सरकार कमिश्नर के हता र .....

महम ..... चक्रसा बोडके सदय/सवल सज/सटाफ सज/धिकृत चक्रसा पारचारक/पंजीकृत चक्रसक, एत वारा माणत करता/करते हक मछे/हमने पी/पीमती/डॉ. .... जिनके हता र ऊपर हक सावधानीपूर्वक जांच क है और पाया क उनक बीमार ठक हो गई है और अब सरकार सेवा मकतिय पर उपस्थित होने के लिए वथ ह। महम यह भी माणत करता/करते हक इस जणख पर पहुंचने के पूर्वमछे/हमने रोगी के मूल चक्रसा माण-प(प) और वरण (या उनक माणत तया) क पर कर ल है, जिनके आधार पर छुपी मंजूर क गई थी या बढ़ाई गई थी, और हमारे/मेरे जणख पर पहुंचने मइन पर यान दया है।

चक्रसा बोडके सदय

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....

सवल सज/सटाफ सज,  
धिकृत चक्रसा पारचारक,

दनांक : .....

पंजीकृत चक्रसक

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

