

फार्म - 4 (नियम 19 देखें)  
FORM - 4 (See Rule 19)

छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी के परिवर्तन के लिए चिकित्सा प्रमाण - पत्र  
MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION  
OR COMMUTATION OF LEAVE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर ----- ।

मैं डॉ ----- श्री / श्रीमती / कु -----  
----- जिन्होंने ऊपर हस्ताक्षर किए हैं, को सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जाँच करने के पश्चात्  
प्रमाणित करता / करती हूँ कि वे ----- से पीड़ित हैं और मेरे  
विचार में दिनांक ----- से दिनांक ----- तक इयूटी  
से अनुपस्थिति की अवधि उनके स्वास्थ्य लाभ के लिए बहुत ही आवश्यक है ।

Signature of the Government Servant.....  
..... I, Dr.....after  
careful personal examination of the case hereby certify that  
Shri/Smt....., whose signature is given above, is suffering  
from.....and I consider that a period of absence from duty  
of.....with effect from ..... to ..... is  
absolutely necessary for the restoration of his health.

स्थान PLACE :

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी / पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी

दिनांक DATE:

AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT  
REGISTERED MEDICAL PRACTITIONER