

फॉर्म 4

अवकाश अथवा अवकाश को बढ़ाने अथवा अवकाश परिवर्तन करने संबंधी डॉक्टरी प्रमाण पत्र

सरकारी सेवक के हस्ताक्षर.....
मैं, डॉव्यक्तिगत रूप से सावधानीपूर्वक इस मामले
की जाँच करने के बाद यह प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/ कु. जिनके हस्ताक्षर ऊपर
दिए गए हैं,नामक रोग से ग्रस्त हैं और मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य लाभ के लिए
..... तारीख सेदिनों की अवधि तक उनकी स्वास्थ्य बहाली के लिए नितांत
आवश्यक है।

प्राधिकृत सहायक चिकित्सक
.....अस्पताल/ औषधालय
या अन्य पंजीकृत व्यवसायिक चिकित्सक

दिनांक