

**फार्म 4**

**Form 4**

**(नियम 19 देखें)**

**(See Rule 19)**

अराजपत्रित अधिकारियों के संबंध में छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी परिवर्तित करने के लिए चिकित्सा प्रमाणपत्र

**MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR  
COMMUTATION OF LEAVE IN RESPECT OF NON-GAZETTED OFFICERS**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

मैं ..... सावधानी से मामले की व्यक्तिगत जाँच करने के बाद  
एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ / करती हूँ कि श्री / श्रीमती / कुमारी..... जिन्होंने ऊपर  
हस्ताक्षर किया है वह ..... से पीड़ित हैं और मैं मानता हूँ / मानती  
हूँ कि दिनांक.....से..... की अवधि तक .....ड्यूटी से उनकी  
अनुपस्थिति उनके स्वस्थ होने के लिए नितांत आवश्यक है।

Signature of the Government Servant

I..... after careful personal examination of  
the case hereby certify that Shri./Smt./Kumari.....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/her health.

दिनांक / Dated:

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक / Authorised Medical Attendant

हस्पताल डिस्पेंसरी / Hospital Dispensary

पंजीकृत चिकित्सक / Registered Medical Practitioner