

फोर्म : 5

कार्यभार स्विकृत करते समय चिकित्साका आरोग्य-प्रमाणपत्र

कर्मचारी का हस्ताक्षर _____

मैं / हम चिकित्सा बोर्ड / सिविल सर्जन / प्राधिकृत चिकित्सक / परिचय चिकित्सक / के सदस्य

_____ प्रमाणित करते हैं कि मे / हमने श्री / श्रीमती /

कुमारी _____ जिन्हे उपरोक्त हस्ताक्षर किए हैं

उन्हे सरकारी कार्यालय में कार्यभार स्विकारने के लिए आरोग्य अनुकूल है। इसके अतिरिक्त यह नतीजे के पर आने के पहले मैंने / हमने मूल चिकित्सा प्रमाणपत्र / और मूल विवरण की जांच पडताल की है। जिसके आधार पर छुट्टी मंजूर की गई थी। अथवा बढाई गई थी, तथा इन सबको ध्यान में रखने के बाद की अपने उक्त निष्कर्ष पर पहुँचा हूँ।

चिकित्सा बोर्ड के सदस्य

[1] _____

[2] _____

[3] _____

सिविल सर्जन / विभागीय सर्जन /
प्राधिकृत चिकित्सक / परिचर चिकित्सक

कार्यालय महालेखाकार (लेखा परीक्षा)
राजकोट/एस.पी.एल. 116/

फोर्म : 4

(नियम 19 देखें)

छुट्टीर्या / छुट्टीर्या बढाना / रूपांतरित छुट्टी के लिए चिकित्सा प्रमाणपत्र

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर _____

मैं डॉ. _____

पूर्णरूपसे शारीरिक जांच करने के बाद यह प्रमाणीत करता हूँ कि श्री

जिन्होंने उपरोक्त अपने हस्ताक्षर किए हैं वह _____ नामक रोगसे बिमार है और इसके

प्रतिफल वह कार्यालयमें दिनांक _____ से

तक अनुपस्थित रहनेका उनके स्वास्थ्य के लिए अत्यंतिक आवश्यक है।

सरकारी चिकित्सक व अन्य

रजिस्टर प्रेक्टीशनर प्राधिकृत चिकित्सा

फर्म, डाकटरी पेशा