

# Medical Certificate of Sickness

I ..... after careful examination of the case hereby certify that Mr./Ms. .... whose signature is given below, 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.

Date : .....

.....  
Government Attendant  
or  
Registered Practitioner  
(with No. ....)

Signature of the Government Servant .....

*The name and address of the authorized Medical Attendant / Government Medical Officer be written in full BLOCK letters alongwith his/her Registration Number (Ref. Circular: CURAJ/R/F.79/2016/596 dated 20.05.2016)*

# Medical Certificate of Fitness to Return on Duty

I, Civil Surgeon / Physician / Medical Officer / Authorized Medical Attendant / Registered Medical practitioner of ..... do hereby certify that I have carefully examined Mr./Ms. .... whose signature is given below and find that he/she has recovered from his/her illness and is now fit to resume his/her duties in Government Service w.e.f. ....

Date : .....

.....  
Government Attendant  
or  
Registered Practitioner  
(with No. ....)

Signature of the Government Servant .....

*The name and address of the authorized Medical Attendant / Government Medical Officer be written in full BLOCK letters alongwith his/her Registration Number (Ref. Circular: CURAJ/R/F.79/2016/596 dated. 20.05.2016)*

## बीमार होने पर चिकित्सा प्रमाण-पत्र

मैं ..... मामले की सावधानीपूर्वक जांच के बाद प्रमाणित करता हूँ कि श्री/सुश्री ..... जिनके हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं, .....(रोग) से पीड़ित हैं और मैं समझता हूँ कि दिनांक ..... से ..... की अवधि लिए कार्य से उनकी अनुपस्थिति उनके स्वस्थ होने के लिए नितांत आवश्यक है ।

.....  
सरकारी चिकित्सा परिचारक  
अथवा  
पंजीकृत चिकित्सक

दिनांक : .....

(पंजी.सं. ....)

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/सरकारी चिकित्सा अधिकारी का नाम और पता उनकी पंजीकरण संख्या के साथ बड़े अक्षरों में लिखा जाना चाहिए (संदर्भ परिपत्र: CURAJ/R/F.79/2016/596 दिनांक 20.05.2016)

## स्वस्थ होने पर वापस कार्यग्रहण हेतु चिकित्सा प्रमाण-पत्र

मैं, सिविल सर्जन/चिकित्सक/चिकित्सा अधिकारी/प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक / पंजीकृत चिकित्सक ..... (अस्पताल का नाम) एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने श्री/सुश्री ..... जिनके हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं, की सावधानीपूर्वक जांच की है, और मैंने पाया है कि वह अब शारीरिक रूप से स्वस्थ हो गये/गयीं है और दिनांक ..... से सरकारी सेवा में अपने कार्य को फिर से शुरू करने में सक्षम हैं।

.....  
सरकारी चिकित्सा परिचारक  
अथवा  
पंजीकृत चिकित्सक

दिनांक : .....

(पंजी.सं. ....)

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर .....

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/सरकारी चिकित्सा अधिकारी का नाम और पता उनकी पंजीकरण संख्या के साथ बड़े अक्षरों में लिखा जाना चाहिए (संदर्भ परिपत्र: CURAJ/R/F.79/2016/596 दिनांक 20.05.2016)