

भाकृअनुप - कुक्कुट अनुसंधान निदेशालय
ICAR – DIRECTORATE OF POULTRY RESEARCH
राजेन्द्रनगर, हैदराबाद Rajendranagar, Hyderabad - 500 030

F O R M - 4

छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या छुट्टी के विनिमय हेतु चिकित्सा प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUTATION OF LEAVE

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Government servant: _____

मैं डॉ. _____ सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जांच के बाद प्रमाणित करता हूँ
कि, डॉ./श्री/श्रीमती/कुमारी _____, जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं, वे
_____ से पीड़ित हैं और मुझे लगता है कि उनके स्वास्थ्य की बहाली के लिए
_____ से _____ तक इयूटी से अनुपस्थिति की अवधि नितांत आवश्यक है।

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

स्थान Place: _____

दिनांक Date: _____

Civil surgeon/Staff Surgeon/
Authorized Medical Attendant/
Registered Medical Practitioner