

ए

आवेदक का हस्ताक्षर-----में डॉ.-----  
-----श्री/श्रीमती/कुमारी-----  
जिनका हस्ताक्षर ऊपर है, उनकी समुचित जाँच करने के बाद इस निर्णय पर पहुँचा हुआ कि वे-----  
-----बिमारी से ग्रसित है और इसके लिए उन्हें -----  
-----दिनांक अवधि तक के अवकाश की नितांत आवश्यकता उनके इस रोग से मुक्त  
होने के लिए है। यह अवकाश दिनांक-----प्रारंभ होगा।

स्थान : सरकारी चिकित्सक अथवा अन्य  
पंजीकृत चिकित्सक का हस्ताक्षर  
दिनांक : (पंजीयन संख्या सहित-----)

बी

आवेदक का हस्ताक्षर-----

मैं सिविल सर्जन/चिकित्सक------(स्थान का नाम) एतद्वारा  
प्रमाणित करता हूँ कि मैं ने वस्त्र आयुक्त कार्यालय, मुंबई के -----  
-----का जिनका हस्ताक्षर ऊपर है की पूरे ध्यान के साथ जाँच करने पर पत्र है कि वे  
उनकी अस्वस्थता से पूरी तरह ठीक हो चुके/चुकी हैं और साथ यह भी प्रमाणित करता हूँ कि उनके सभी  
मूल चिकित्सकीय प्रमाणपत्रों तथा विवरणों की जाँच के उपरांत ही मैं इस निर्णय पर पहुँचा हूँ कि वे अब  
सरकारी सेवा पुनः ग्रहण करने हेतु स्वस्थ हैं(अथवा इसकी सत्यापित प्रति) जिसके आधार पर उन्हें  
छुट्टी मंजूर की गई थी अथवा जिसके आधार पर उनकी छुट्टी में उन्हें विस्तार प्रदान किया गया उसके  
बारों में अपने निर्णय पर पहुँचने के पहले मैं ने इनका पूरा ध्यान रखा है।

स्थान : सरकारी चिकित्सक अथवा अन्य  
पंजीकृत चिकित्सक का हस्ताक्षर  
दिनांक : (पंजीयन संख्या सहित-----)

A

Signature of the applicant \_\_\_\_\_

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

PLACE :

Signature of Government medical  
Practitioner or other registered

DATE :

Medical Practitioner  
With Regn. No. \_\_\_\_\_

B

Signature of the applicants \_\_\_\_\_

1. Civil Surgeon / Medical practitioner of \_\_\_\_\_ Do, hereby certify that I have carefully examined Shri / Smt. / Kum / \_\_\_\_\_ Of the Textile Commissioner Office, Mumbai, whose signature is given above and found that he / she has recovered from his /her illness and is now fit to resume duties in Government Service. I also certify that before arriving at this decision. I have examined the original Medical Certificate and Statements (s) is of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken this into consideration in arriving at my decision.

PLACE :

Signature of Government medical  
Practitioner or other registered

DATE :

Medical Practitioner  
With Regn. No.