

इंदिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय
Indira Gandhi National Open University
मैदान गढ़ी, नई दिल्ली-110068
Maidan Garhi, New Delhi-110068

अवकाश तथा अवकाश विस्तार अथवा परिवर्तित अवकाश के लिए चिकित्सा एवं स्वस्थता प्रमाण पत्र
MEDICAL LEAVE & FITNESS CERTIFICATE FOR LEAVE FOR EXTENSION OR
COMMUTATION OF LEAVE

सं./ No. : _____

दिनांक / Date _____

मैं डॉ _____ रोगी की सावधानीपूर्वक जाँच करने के उपरान्त प्रमाणित करता / करती हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी _____ जिनके हस्ताक्षर नीचे हैं _____ रोग से पीड़ित हैं / थे / थीं और मेरे विचार से दिनांक _____ से _____ तक _____ दिन की अवधि का कार्यालय से अवकाश उनके स्वास्थ्य में सुधार/ उपचार हेतु पूर्णतया अनिवार्य है / था।

I, Dr _____ after careful examination of the patient, hereby certify that Shri/Smt. Ms. _____ whose signature is given below is/was suffering from _____ and I consider that a period of absence of _____ days from duty with effect from _____ upto _____ is/was absolutely necessary for the restoration of his/her health / treatment.

रोगी के हस्ताक्षर /Signature of Patient

नाम / Name: _____

चिकित्सक के हस्ताक्षर / Signature of Doctor

नाम / Name: _____

(मुहर / Seal)

दिनांक / Date: _____

रोगी दिनांक _____ से कार्यभार ग्रहण करने हेतु स्वस्थ है / Patient is fit to join duty with effect from: _____

चिकित्सक के हस्ताक्षर / Signature of Doctor

नाम / Name: _____

(मुहर / Seal)

दिनांक / Date: _____