

रोग प्रमाण - पत्र  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, राजस्थान

क्रमांक ..... दिनांक .....

में .....

प्रकरण की व्यक्तिशः सावधानीपूर्वक जाँच करने के बाद प्रमाणित करता हूँ कि

श्री .....

जिनके हस्ताक्षर नीचे दिये हैं

से पीड़ित है और मैं

समझता हूँ कि दिनांक ..... से दिनांक ..... तक

के कार्य से अनुपस्थिति का समय उनके स्वास्थ्य

की पुनः प्राप्ति के लिए परम आवश्यक है।

दिनांक .....

हस्ताक्षर रोगी

सरकारी चिकित्सा परिचारक  
या अन्य पंजीकृत चिकित्सक

( पंजीयन संख्या ..... )

रोग प्रमाण - पत्र  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, राजस्थान

क्रमांक ..... दिनांक .....

में ..... प्रकरण की व्यक्तिशः

सावधानीपूर्वक जाँच करने के बाद प्रमाणित करता हूँ कि श्री .....

जिनके हस्ताक्षर नीचे दिये हैं

से पीड़ित है और मैं समझता हूँ कि

दिनांक ..... से दिनांक ..... तक ..... के कार्य

से अनुपस्थिति का समय उनके स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ति के लिए परम आवश्यक है।

दिनांक .....

हस्ताक्षर रोगी

सरकारी चिकित्सा परिचारक  
या अन्य पंजीकृत चिकित्सक

( पंजीयन संख्या ..... )

## आरोग्य प्रमाण-पत्र

मैं .....

प्रमाणित करता हूँ कि मैंने श्री ..... को  
जो ..... विभाग में है  
भली प्रकार जाँच करके देख लिया है कि वे अब अपनी बीमारी .....  
..... से मुक्त हो गये हैं और वे अब राज्य  
सेवा कार्य करने के पूर्ण योग्य है।

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि इस निर्णय पर पहुँचने से पहले मैंने उस मूल  
अस्वास्थ्य प्रमाण-पत्र एवं रोगी के तथ्यों की अथवा पत्रों की सभी प्रतियों की जिनके  
आधार पर उनको अवकाश स्वीकृत किया गया था अथवा बढ़ाया गया था, की जाँच  
कर विचार कर लिया है।

दिनांक .....

प्रधान चिकित्सक

( पंजीयन संख्या ..... )

## आरोग्य प्रमाण-पत्र

मैं .....

प्रमाणित करता हूँ कि मैंने श्री ..... को  
जो ..... विभाग में है  
भली प्रकार जाँच करके देख लिया है कि वे अब अपनी बीमारी .....  
..... से मुक्त हो गये हैं और वे अब राज्य  
सेवा कार्य करने के पूर्ण योग्य है।

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि इस निर्णय पर पहुँचने से पहले मैंने उस मूल अस्वास्थ्य प्रमाण-पत्र एवं रोगी के तथ्यों  
की अथवा पत्रों की सभी प्रतियों की जिनके आधार पर उनको अवकाश स्वीकृत किया गया था अथवा बढ़ाया गया था,  
की जाँच कर विचार कर लिया है।

दिनांक .....

प्रधान चिकित्सक

( पंजीयन संख्या ..... )