

उत्तर पूर्व क्षेत्रीय शिक्षा संस्थान, शिलांग
North East Regional Institute of Education, Shillong
उमियाम, रि-भोई जिला, मेघालय- 793103
Umiam, Ri-Bhoi District, Meghalaya- 793103

चिकित्सा प्रमाण-पत्र/MEDICAL CERTIFICATE

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of Applicant:

मैं, डॉ. रोगी को सावधानीपूर्वक जाँच करने बाद प्रमाणित करता/करती हूँ कि डॉ/श्री/श्रीमती/कुमारी..... (नाम एवं पदनाम), जिनके हस्ताक्षर ऊपर दी गए हैं, रोग के पीड़ित हैं और मेरे विचार से दिनांक से दिनों के लिए ड्यूटी पर अनुपस्थित रहना उनके स्वास्थ्य के सुधार के लिए बिलकुल आवश्यक है |

I, Dr. after careful personal examination of the case hereby certify that Dr./Sh./Smt./Ms. (name & designation of applicant) of the Office of the whose signature is given above is suffering from and, therefore, I consider , that a period of absence from duty from to With effect from is absolutely necessary for the restoration of his/her health.

स्थान/Place:

सरकारी चिकित्सा अधिकारी/सिविल सर्जन/स्टाफ सर्जन/अधिकृत चिकित्सा परिचालक/पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी के हस्ताक्षर एवं आधिकारिक मुहर सहित
Signature of Government Medical Officer/Civil Surgeon/Staff Surgeon/Authorized Medical Attendant/Registered Medical Practitioner alongwith Official seal

दिनांक/Dated:.....

पंजीकृत संख्या/Registration No.