



**प्रपत्र/ FORM: 5**

[नियम 24 (3) देखें/ See Rule 24 (3)]

**ड्यूटी पर लौटने के लिए स्वास्थ्य का चिकित्सा प्रमाण पत्र**

**MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY**

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ Signature of the Government Servant \_\_\_\_\_

हम, मेडिकल बोर्ड के सदस्य,

हम/ मैं \_\_\_\_\_ सिविल सर्जन/ स्टाफ सर्जन, ए.एम.ए/ आर.एम.पी प्रमाणित करते हैं/ करता हूँ कि हमने/मैंने, डॉ./ श्री./ श्रीमती/ कु. \_\_\_\_\_ जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं की सावधानीपूर्वक जांच की और पाया कि वे अपनी बीमारी से ठीक हो गए हैं और अब सरकारी सेवा में \_\_\_\_\_ को फिर से काम करने के लिए स्वस्थ हैं। हम/ मैं यह भी प्रमाणित करते हैं कि इस निर्णय पर पहुंचने से पहले, हमने/ मैंने मामले के मूल चिकित्सा प्रमाण पत्र और विवरण (या उनकी प्रमाणित प्रतियों) की जांच की है, जिस पर छुट्टी दी गई थी या बढ़ाई गई थी और मेरे/ हमारे निर्णय पर पहुंचने में इन्हें ध्यान में रखा है।

We, the members of Medical Board,

We/ I \_\_\_\_\_ Civil Surgeon/ Staff Surgeon, AMA/ RMP do hereby certify that We/ I have carefully examined Dr./ Shri./ Smt./ Kum. \_\_\_\_\_ whose signature is given above and find that he/ she recovered from his/ her illness and is now fit to resume duties on \_\_\_\_\_ in Government Service. We/ I also certify that before arriving at this decision, We/ I have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at my/ our decision.

मेडिकल बोर्ड के सदस्य/ Members of the Medical Board/  
सिविल सर्जन/ स्टाफ सर्जन/ Civil Surgeon/Staff Surgeon/  
अधिकृत चिकित्सा परिचारक/ Authorized Medical Attendant/  
पंजीकृत चिकित्सक/ Registered Medical Practitioner

स्थान/ Place: \_\_\_\_\_

दिनांक/ Date: / / 202