



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान , बिलासपुर  
हिमाचल प्रदेश -१७४००१  
All India Institute of Medical Sciences, Bilaspur  
Himachal Pradesh-174037  
<https://aiimsbilaspur.edu.in>  
e-mail: - establishment.b3@aiimsbilaspur.edu.in  
01978-292575



**चिकित्सीय प्रमाण-पत्र**  
**MEDICAL CERTIFICATE**

आवेदक के हस्ताक्षर.....

Signature of Applicant .....

मैं डॉ. .... मामले की सावधानीपूर्वक व्यक्तिगत जांच के बाद यह प्रमाणित करता हूँ कि डॉ./श्री/श्रीमति/सुश्री (आवेदक का नाम एवं पदनाम).....जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं.....से पीड़ित हैं और इसलिए, मैं मानता हूँ कि उनकी कार्य से अनुपस्थिति.....से.....तक, उनके स्वास्थ्य की बहाली के लिए नितांत आवश्यक है।

I, Dr. .... after careful personal examination of the case hereby certify that Dr. /Shri /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 मुहर के साथ सरकारी चिकित्सा अधिकारी/नागरिक शल्यकार/कर्मचारी शल्यकार/प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/पंजीकृत चिकित्सा वृत्तिक के हस्ताक्षर  
Signature of Government Medical Officer /Civil Surgeon / Staff Surgeon/Authorized Medical Attendant/Registered Medical Practitioner along with official seal

तिथि :-  
Date :-

पंजीकरण संख्या:  
Registration No.

**दुरुस्ती प्रमाण-पत्र**  
**FITNESS CERTIFICATE**

आवेदक के हस्ताक्षर .....

Signature of Applicant.....

मैं, डॉ. .... यह प्रमाणित करता हूँ कि मैंने डॉ./श्री/श्रीमती/सुश्री (आवेदक का नाम और पदनाम)....., जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं, की सावधानीपूर्वक जांच की थी, और पाया कि वह अपनी बीमारी से अब ठीक हो गए हैं और सरकारी सेवा में अपने कर्तव्यों के निर्वाह के लिए दुरुस्त हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस निर्णय पर पहुँचने से पहले, मैंने मूल चिकित्सा प्रमाण-पत्र और मामले के विवरण (या उसकी प्रमाणित प्रतियां) की जांच की है, जिस पर छुट्टी दी गई थी या बढ़ाई गई थी, और अपने निर्णय पर पहुँचने के लिए इन्हें ध्यान में रखा है।

I, Dr. .... do hereby certify that I had carefully examined Dr./Shri/Smt./Ms. .... (name & designation of applicant) of the Office of the ..... whose signature is given above, and find 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 statement of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at my decision.

स्थान :-  
Place:-

सरकारी मुहर के साथ सरकारी चिकित्सा अधिकारी/नागरिक शल्यकार/कर्मचारी  
शल्यकार/प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक/पंजीकृत चिकित्सा वृत्तिक के हस्ताक्षर  
Signature of Government Medical Officer /Civil Surgeon / Staff Surgeon/Authorized Medical Attendant/Registered Medical Practitioner along with official seal

तिथि :-  
Date :-

पंजीकरण संख्या:  
Registration No.