

राष्ट्रीय औद्योगिक इंजीनियरी संस्थान
विहार सासेवर, मुंबई - 400 087
छुट्टी पर वापस आने का स्वस्थता चिकित्सा प्रमाणपत्र

कर्मचारी के

हस्ताक्षर _____

मैने, श्री/श्रीमती//कुमारी _____

जिनके हस्तार ऊपर दिये हैं, की ध्यानपूर्वक जांच की है और पाया है कि वे बीमारी के बाद अब पूर्णतः योग्य (फिट) हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस निर्णय पर पहुंचने के पहले मैंने मूल चिकित्सा प्रमाणपत्र और मामले के विवरण की जांच कर ली है (अथवा उसकी प्रतियां सत्यापित कर ली हैं जिन पर छुट्टी की अथवा छुट्टी बढ़ाने की मंजूरी दी गई थी इस निर्णय पर पहुंचने के पहले इस पर विचार कर लिया है।

चिकित्सा अधिकारी
निटी दवाखाना

दिनांक.....

**NATIONAL INSTITUTE OF INDUSTRIAL ENGINEERING
VIHAQR LAKE, MUMBAI - 400 087**

Medical Certificate of fitness to return to duty

Signature of the employee _____

I, _____ do hereby certify that I have carefully examined Shri/Smt./Kum. _____ who signature is given above, and find that he/she has recovered from his/her illness and is now fit to resume duty, I also certify that before arriving at this decision, I have examined the original medical certificate and statement of the case ((or certified copies there of) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at my decision.

Medical Officer

Date _____

फॉर्म - 318

राष्ट्रीय औद्योगिक इंजीनियरी संस्थान

विहार सासेवर, मुंबई - 400 087

छुट्टी अथवा उसको बढ़ाने अथवा उसमें परिवर्तन के लिए डॉक्टरी प्रमाणपत्र

कर्मचारी के हस्ताक्षर _____ मैं,
 _____ मामले की ध्यानपूर्वक निजी
 रूप से जांच करने के बाद यह प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी
 _____, जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं
 _____ से पीड़ित हैं और मैं मानता हूँ कि _____ से प्रभाव

चिकित्सा अधिकारी

निटी दवाखाना

दिनांक.....

F-318

**NATIONAL INSTITUTE OF INDUSTRIAL ENGINEERING
 VIHAQR LAKE, MUMBAI - 400 087**

Medical Certificate for leave or extension of leave or commutation of leave

Signature of the employee _____ I,
 _____ after careful personal
 examination of the case hereby certify that Shri/Smt./Kum.
 _____ whose signature is given above,
 _____ and I consider that a period
 of absence from duty of _____ with effect from
 _____ is absolutely necessary for the restoration of
 his/her health.

Medical Officer

Date _____
नीटी, मंबई - 400 087

NITIE Dispensary

फार्म - 235-ए

नीटी दवाखाना

दिनांक: _____

यह प्रमाणित किया जाता है कि कुमार /कुमारी _____
को निम्नलिखित के अनुसार प्रतिरक्षित कर दिया है :-

- 1) बी सी. जी :
- 2) इंजेक्शन ट्रिपल : प्राथमिक / बूस्टर खुराक
- 3) ओरल पोलियो : प्राथमिक / बूस्टर खुराक

अतिथि बाल चिकित्सक / चिकित्सा अधिकारी
नीटी दवाखाना

NITIE, MUMBAI - 400 087

F-235-A

Date: _____

NITIE DISPENSARY

This is to certify that Master/Miss _____
has been immunized as follows:

1. B.C.G. :
2. Inj. Triple : PRIMARY/BOOSTER DOSES
3. Oral Polio : PRIMARY/BOOSTER DOSES

Visiting Paediatrician/Medical Officer

NITIE