

NITIE/2017/35

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
_____, जिन के हस्ताक्षर ऊपर दिए गये हैं
_____ से पीड़ित हैं और मैं मानता हूँ कि _____ से प्रभाव

चिकित्सा अधिकारी
निटी दवाखाना

दिनांक.....

NITIE/2017/35

**NATIONAL INSTITUTE OF INDUSTRIAL ENGINEERING
VIHAR 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,
is suffering from _____ and I consider that a
period of absence from duty of _____ with effect
from _____ is absolutely necessary for the restoration
of his/her health.

Date _____

Medical Officer
NITIE Dispensary