



**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/करती हूँ कि डॉ./श्री/श्रीमती/सुश्री  
\_\_\_\_\_, जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गये हैं,  
\_\_\_\_\_ से पीड़ित हैं और मैं मानता/मानती हूँ कि \_\_\_\_\_ से  
प्रभाव की ड्यूटी से अनुपस्थिति उनके स्वास्थ्य सुधार के लिए अत्यंत आवश्यक है।

चिकित्सा अधिकारी  
भा.प्र.सं.मुंबई दवाखाना

दिनांक.....

**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  
IIM Mumbai Dispensary

Date \_\_\_\_\_