

कुलसचिव कार्यालय  
प्रशासन - अवकाश इकाई


Office of the Registrar  
Administration - Leave Unit  
office.nfleave@itbhu.ac.in

पत्र संख्या: भा.प्रौ.सं.(का.हि.वि.)/प्रशा.-अवकाश/ चिकि.एवं स्वस्थता प्रमाण/20650 दिनांक:13.12.2022

परिषद

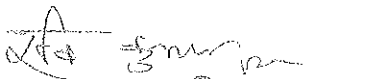
यह सूचित किया जाता है कि संस्थान में कार्यरत समस्त नियमित अधिकारी एवं गैर-शैक्षणिक कर्मचारियों के लिए सक्षम प्राधिकारी द्वारा स्वीकृत चिकित्सकीय एवं स्वस्थता प्रमाण का प्रारूप सभी विभागों/स्कूलों/कार्यालयों/इकाइयों/ को परिचालित कराया जा रहा है, ताकि चिकित्सकीय अवकाशों का निस्तारण संलग्न प्रपत्र के द्वारा पूर्ण किया जा सके।

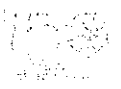
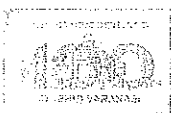
संलग्नक: उपरोक्त।

  
सहायक कुलसचिव (प्रशासन)

पत्र संख्या: भा.प्रौ.सं.(का.हि.वि.)/प्रशा.-अवकाश/ चिकि.एवं स्वस्थता प्रमाण/20650 दिनांक:13.12.2022  
प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषिता

1. समस्त अधिष्ठातागण
2. समस्त विभागाध्यक्ष
3. समस्त प्रो. इंचार्ज
4. समस्त समन्वयक
5. अध्यक्ष, संरक्षक परिषद
6. अध्यक्ष, संस्थान निर्माण विभाग
7. चीफ काउंसलर, जिमखाना
8. समन्वयक, आईआईटी कैफेटेरिया
9. अधीक्षण अभियंता
10. संयुक्त मुख्य आरक्षाधिकारी
11. समस्त प्रशासनिक संरक्षक/संरक्षिका छात्रावास
12. अध्यक्ष, वेब मैनेजमेंट (कृपया इसे संस्थान के वेबसाइट पर अपलोड करने का कष्ट करें।)
13. समस्त संयुक्त कुलसचिव
14. समस्त सहायक कुलसचिव
15. सहायक कुलसचिव (चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकोष्ठ)  
(कृपया उक्त प्रपत्र को संबंध अस्पतालों को प्रेषित करवाने का कष्ट करें।)
16. निदेशक महोदय के निजी सचिव
17. कुलसचिव के वैयक्तिक सहायक  
भा.प्रौ.सं.(का.हि.वि.), वाराणसी।

  
सहायक कुलसचिव (प्रशासन)



दिनांक:

चिकित्सा प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कु.....उम्र.....  
निवासी..... इस  
चिकित्सालय के ओपीडी/चिकित्सालय संख्या..... के अंतर्गत चिकित्सालय  
के.....ओपीडी/वार्ड में..... रोग की चिकित्सा के लिये  
दिनांक.....से दिनांक..... तक बहिरंग/अंतरंग रोगी है/थे।  
इनके पूरे स्वस्थ होने के लिये इन्हें दिनांक.....से दिनांक.....तक विश्राम की  
संस्तुति की जाती है।

यह अपना सामान्य कार्यभार दिनांक..... से संभालने योग्य हो गये हैं।

(हस्ताक्षर वरिष्ठ चिकित्सक)  
मोहर के साथ

(हस्ताक्षर कनिष्ठ चिकित्सक)  
दिनांक:

पूरा नाम.....  
पद.....  
दिनांक.....

रोगी का हस्ताक्षर /अंगूठा निशान

\*जो लागू न हो उसे काट (X) दें।



Date:

MEDICAL AND FITNESS CERTIFICATE

I certify that Mr./Mrs./Ms.....Age.....  
Resident... O.P.D./Hospital No.  
..... O.P.D /Ward..... for the treatment of the  
disease..... dated from ..... to..... as on  
.....is/was an outpatient/inpatient.

For its complete recovery, Mr./Mrs./Ms is recommended rest from.....to.....

Mr./Mrs./Ms is fit to resume his/her duty on.....

*(Sign. of Senior Doctor)*  
with date & stamps

*(Sign. of Junior Doctor)*  
Date:

Employee's full name:.....

Designation:.....

Date:.....

Patient's signature/thump

\*strike out which is not applicable.