

रोग प्रमाण - पत्र  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, राजस्थान

क्रमांक ..... दिनांक .....

में .....

प्रकरण की व्यक्तिशः सावधानीपूर्वक जाँच करने के बाद प्रमाणित करता हूँ कि

श्री .....

जिनके हस्ताक्षर नीचे दिये हैं

से पीड़ित है और मैं

समझता हूँ कि दिनांक ..... से दिनांक ..... तक

के कार्य से अनुपस्थिति का समय उनके स्वास्थ्य

की पुनः प्राप्ति के लिए परम आवश्यक है।

दिनांक .....

हस्ताक्षर रोगी

सरकारी चिकित्सा परिचारक  
या अन्य पंजीकृत चिकित्सक

( पंजीयन संख्या ..... )

रोग प्रमाण - पत्र  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, राजस्थान

क्रमांक ..... दिनांक .....

में ..... प्रकरण की व्यक्तिशः

सावधानीपूर्वक जाँच करने के बाद प्रमाणित करता हूँ कि श्री .....

जिनके हस्ताक्षर नीचे दिये हैं

से पीड़ित है और मैं समझता हूँ कि

दिनांक ..... से दिनांक ..... तक ..... के कार्य

से अनुपस्थिति का समय उनके स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ति के लिए परम आवश्यक है।

दिनांक .....

हस्ताक्षर रोगी

सरकारी चिकित्सा परिचारक  
या अन्य पंजीकृत चिकित्सक

( पंजीयन संख्या ..... )