



लोकप्रिय गोपीनाथ बरदलै क्षेत्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान

तेजपुर : असम: पिन: 784001

LGB REGIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

(An Autonomous body under Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India)

Website: [www.lgbrimh.gov.in](http://www.lgbrimh.gov.in), e-Mail: [mail@lgbrimh.gov.in](mailto:mail@lgbrimh.gov.in)

Post Box No. 15: Fax No. (03712) 233623

TEZPUR :: 784001 :: ASSAM

सं. LGB/HINDI/OLIC/4100/21 / 5511

दिनांक- 7/10/24

कार्यालय आदेश/Office order

09वीं राजभाषा कार्यान्वयन समिति (ओएलआईसी) की बैठक के कार्यवृत्त के अनुमोदन के अनुसार संस्थान के चिकित्सा प्रतिपूर्ति फॉर्म, छुट्टी प्रारूप, बच्चों के शैक्षिक भत्ते फॉर्म, टीए और डीए दावा फॉर्म और वाहन मांग फॉर्म द्विभाषी रूप (हिंदी और अंग्रेजी) में अनुवादित हैं। इसलिए, आगे के उपयोग के लिए सभी अनुवादित प्रतियां यहां संलग्न की गई हैं।

As per approval of minutes of the 09<sup>th</sup> Official Language Implementation Committee (OLIC) meeting the Medical Reimbursement forms, Leave formats, Children Educational allowances forms, TA&DA Claim Form and Vehicle Requisition forms of the Institute are translated in bilingual forms (Hindi & English). Hence, all the translated copies are attached herewith for further uses.

इसे निदेशक, एलजीबीआरआईएमएच के अनुमोदन के अनुसार जारी किया गया है।

This is issued as per approval of Director LGBRIMH.

डॉ. एच. दत्ता/Dr. H. Dutta

उप निदेशक/ Deputy Director

एलजीबीआरआईएमएच, तेजपुर/ LGBRIMH, Tezpur

प्रति/Copy to-

1. चि. अ. / MS
2. उप. चि. अ. / DMS
3. सा. चि. अ. I & II / AMS-I & II
4. सभी विभागाध्यक्ष एवं प्रभारी / All HoDs & Incharges
5. सहायक प्रशासनिक पदाधिकारी / AAO
6. मातृका / Matron
7. आईटी प्रकोष्ठ-वेबसाइट पर अपलोड करने के लिए/ IT Cell-for uploading in the website
8. निदेशक के निजी सहायक / PA to Director
9. कार्यालय प्रति / Office Copy

**लोकप्रिय गोपीनाथ बरदलै क्षेत्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान तेजपुर**  
**LOKOPRIYA GOPINATH BORDOLOI REGIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, TEZPUR**  
**शिशु देखभाल छुट्टी हेतु आवेदन/ APPLICATION FOR CHILD CARE LEAVE (CCL)**

(आवेदक द्वारा भरा जाए/TO BE FILLED UP BY THE APPLICANT)

1. आवेदक का नाम / Name of the Applicant :
2. छुट्टी की अवधि एवं लेने की तिथि/  
Period of leave applied for and date from which required :
3. पदनाम / Post held :
4. विभाग, कार्यालय एवं अनुभाग / Department, office & section :
5. 18 वर्ष से कम आयु के शिशुओं की संख्या  
No. of children under the age of 18 years :
6. प्राप्त शिशु देखभाल छुट्टी की कुल संख्या  
(तिथि एवं वर्ष का सिलसिलेवार ब्यौरा)  
Total No. of CCL availed (Year & day with breakup) :
7. शिशु देखभाल छुट्टी की कुल बकाया सं./  
Total No. of CCL credit :
8. अनुमोदित विकल्प /Replacement recommended  
(विभाग प्रभारी द्वारा / by In-charge of department) :
9. शिशु देखभाल छुट्टी से संबंधित प्रमाणन (यदि कोई है)  
Certification relating to the CCL (if any) :
10. छुट्टी अवधि के दौरान पता/Address during leave period :

आवेदक का हस्ताक्षर/ Signature of applicant  
(दिनांक सहित/with date)

11. नियंत्रण अधिकारी की टिप्पणी एवं सिफारिश  
Remarks and recommendations of the controlling officer :

हस्ताक्षर / Signature  
(पदनाम सहित/ with Designation)

**छुट्टी स्वीकार्यता संबंधी प्रमाणपत्र/ CERTIFICATE REGARDING ADMISSIBILITY OF LEAVE**

12. प्रमाणित किया जाता है कि .....(अवधि) हेतु.....से ..... तक ..... (छुट्टी की प्रकृति)  
केन्द्रीय नागरिक सेवा (छुट्टी नियम, 1972) के संशोधित नियम .....के अंतर्गत स्वीकार्य है।  
Certified that .....(Nature of leave) for .....(period) from .....to .....is  
admissible under revised rule ..... of the Central Civil Services (Leave Rule 1972).

हस्ताक्षर(दिनांक के साथ)/ Signature (with date)  
पदनाम/Designation

13. छुट्टी देने हेतु सक्षम प्राधिकारी का आदेश  
Order of the authority component to grant leave

हस्ताक्षर (दिनांक के साथ)/ Signature (with date)  
पदनाम/ Designation

अवयस्क शिशुओं वाली महिला कर्मचारियों को दो बच्चों तक की देखभाल, चाहे पालन-पोषण अथवा उनके जरूरतों जैसे परीक्षा, बीमारी आदि, हेतु सक्षम प्राधिकारी द्वारा शिशु देखभाल छुट्टी दिया जा सकता है। शिशु देखभाल छुट्टी को एकल पिता हेतु भी विस्तारित किया गया है।

सातवां केन्द्रीय वेतन आयोग प्रतिवेदन पैरा 9.2.10

Women employees having minor children may be granted Child Care Leave by competent authority for taking care of up to two children, whether for rearing or to look after any of their needs like examination, sickness etc. CCL extended to single male parent also.

\_Para.9.2.10 of VII CPC Report.

शिशु देखभाल छुट्टी शिशु के अठारह वर्ष के और उससे अधिक उम्र के होने पर नहीं दिया जाएगा। इस छुट्टी अवधि के दौरान, महिला कर्मचारी को छुट्टी पर जाने से तुरंत पूर्व मिलने वाले वेतन के बराबर छुट्टी वेतन दिया जाएगा। इसे एक से अधिक मर्तबा में लिया जा सकता है। शिशु देखभाल छुट्टी को छुट्टी खाता से कम नहीं किया जाएगा। शिशु देखभाल छुट्टी को तीसरे वर्ष में भी 60 दिनों के लिए बेवकाया छुट्टी और रूपांतरित छुट्टी (चिकित्सा प्रमाणपत्र प्रस्तुत किए बिना) के रूप में दिया जा सकता है। इसे सभी स्वीकृत एवं बकाया छुट्टी के साथ योग किया जा सकता है। शिशु देखभाल छुट्टी प्रथम 365 दिनों के लिए 100% वेतन पर और अगले 365 दिनों के लिए 80% वेतन पर दिए जाएंगे।

सातवां केन्द्रीय वेतन आयोग प्रतिवेदन पैरा 9.2.9

Child Care Leave shall not be admissible if the child is eighteen years of age or older. During the period of such leave, the women employees shall be paid leave salary equal to the pay drawn immediately before proceeding on leave. It may be availed of in more than one spell. Child care Leave shall not be debited against the leave account. Child Care Leave may also be allowed for the third year as leave not due and commuted leave up to 60days (without production of medical certificate). It may be combined with leave of the kind due and admissible.

CCL should be granted at 100% of salary for the first 365 days and 80% of salary for next 365 days.

\_Para.9.2.9 of VII CPC Report

शर्तें:-

“छुट्टी का अधिकार के रूप में दावा नहीं किया जा सकता” नियम

7(1), केन्द्रीय सिविल सेवा 1972

1. महिला कर्मचारियों हेतु शिशु देखभाल छुट्टी देने का वेतन आयोग का उद्देश्य महिला कर्मचारियों को उनके बच्चे की जरूरत के समय देखभाल हेतु सुविधा देना है। हालांकि इसका अर्थ यह नहीं है कि शिशु देखभाल छुट्टी के कारण केन्द्रीय सरकारी कार्यालयों का कार्यकलाप बाधित होना चाहिए। इस छुट्टी के प्रकृति की परिकल्पना अर्जित छुट्टी के समान की गयी थी।
2. उनके पूरे सेवा अवधि के दौरान अधिकतम 730 दिनों की अवधि के लिए शिशु देखभाल छुट्टी दिया जा सकता है।
3. एक कैलेंडर वर्ष में शिशु देखभाल छुट्टी तीन बार से ज्यादा नहीं दिया जा सकता (एक बार में अधिकतम 180 दिनों तक)
4. पुर्वानुमति आवश्यक।
5. शिशु देखभाल छुट्टी के बीच में पड़ने वाली छुट्टियां अर्जित छुट्टी की तरह ही छुट्टी का हिस्सा मानी जाएगी।
6. विकलांग/मानसिक अपंग बच्चों के मामले में परिस्थितियों और प्रमाणपत्रों की प्रस्तुति पर 22 वर्ष की आयु तक स्वीकार्य है।
7. एकल माता हेतु एक कैलेंडर वर्ष में छह बार शिशु देखभाल छुट्टी दिया जा सकता है।

सातवां केन्द्रीय वेतन आयोग प्रतिवेदन पैरा 9.2.10

8. शिशु देखभाल छुट्टी हेतु न्यूनतम अवधि की कोई सीमा नहीं है। कार्यालय अनुदेश दिनांक 05-06-2014
9. परिवीक्षा अवधि के दौरान कुछ विशेष स्थिति को छोड़कर शिशु देखभाल छुट्टी नहीं दिया जा सकता और कम से कम छुट्टी दिए जाने चाहिए।
10. शिशु देखभाल छुट्टी के दौरान छुट्टी यात्रा रियायत नहीं दिया जाएगा।

नियम 43-ग कार्यालय अनुदेश, दिनांक 18-11-2018 एवं 30-12-2010

11. शिशु देखभाल छुट्टी की अवधि के लिए नियमानुसार वेतन भत्तों में कटौती की जाएगी।

Conditions:

“Leave cannot be claimed as a matter of right”-

Rule 7(1), CCS 1972.

1. The intention of the Pay Commission in recommending Child Care Leave for women employees was to facilitate women employees to take care of their children at the need of time. However, this does not mean that CCL should disrupt the functioning of Central Government offices.  
The nature of his leave was envisaged to be the same as that of earned leave.
2. CCL may be granted for a maximum period of 730 days during their entire service.
3. CCL may not be granted in more than three spells in a Calendar year (maximum 180 days in a spell)
4. Requires prior sanction.
5. Intervening holidays will count as Child Care Leave as in the case of earned Leave.
6. In respect of disabled/ mentally challenged children, it is permitted up to the age of 22 years subject to conditions and submission of certificates.
7. Child Care Leave may be granted to single mothers for six spells in a calendar year. \_para.9.2.10 of VII CPC Report
8. There is no requirement of minimum period of grant of Child Care Leave. \_OM, dated 5-6-2014
9. Child Care Leave should not be sanctioned during probation period except in cases of certain extreme situations and a minimal leave should be sanctioned.
10. LTC cannot be availed during Child Care Leave. \_Rule 43-C, OMs, dated 18-11-2008 and 30-12-2010
11. Pay allowances to be deducted, for the period of Child Care Leave, will be as per rules.

संस्थान/स्कूल के प्रमुख से वास्तविक प्रमाण पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि कुमार/सुश्री.....रोलनंबर.....एडमिशन नंबर.....श्री/श्रीमती..... का बेटा /बेटी है और इस स्कूल का एक छात्र है और वित्तीय वर्ष के दौरान.....कक्षा में पढते थे और स्कूल रिकॉर्ड के अनुसार उ नकी जन्मतिथि ..... है (शब्दों में.....)

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त बच्चे ने पिछले वर्ष इसी विद्यालय में अध्ययन किया था.....

उनका नैतिक चरित्र अच्छा है।

वर्ष के दौरान कुमार/सुश्री.....ने स्कूल के आवासीय परिसर (छात्रावास) में निवास किया था और आवासीय परिसर में बोर्डिंग और लॉजिंग हेतु.....रुपये की राशि का भुगतान किया।।

यह संस्थान/स्कूल ..... द्वारा मान्यता प्राप्त है और संबद्धता/मान्यता संख्या ..... है।

दिनांक:

स्थान:

संस्थान/स्कूल के प्रमुख का हस्ताक्षर  
(मोहर और मुहर के साथ)

(यदि लागू न हो तो काट दें)

## बच्चों के शिक्षा भत्ते के लिए स्व-घोषणा पत्र

1. प्रमाणित किया जाता है कि मेरे बच्चे ,जिनके संबंध में बाल शिक्षा भत्ते की प्रतिपूर्ति लागू की गई है , विश्वविद्यालय/बोर्ड/मान्यता प्राप्त शैक्षिक प्राधिकरण द्वारा मान्यता प्राप्त स्कूल /कॉलेज में पढ रहे हैं , जिसका अधिकार क्षेत्र उस क्षेत्र पर है जहां संस्थान/स्कूल स्थित है।
2. प्रमाणित किया जाता है कि मैं अपने दो सबसे बड़े जीवित बच्चों के संबंध में केवल लागू वर्ग और उम्र के अनुसार बाल शिक्षा भत्ते का दावा कर रहा हूं।
3. प्रमाणित किया गया है कि (जैसा लागू हो उस पर निशान लगाएं)
  - क) मेरी पत्नी/पति सरकारी कर्मचारी नहीं है।
  - ख) मेरी पत्नी/पति एक सरकारी कर्मचारी है और वह बच्चे /बच्चों के संबंध में बाल शिक्षा भत्ता योजना की प्रतिपूर्ति का दावा नहीं करेगी/करेंगे।
  - ग) मेरी पत्नी /पति कार्यरत हैं .....वह बाल शिक्षा भत्ता योजना की प्रतिपूर्ति के हकदार नहीं हैं।

ऊपर दिए गए विवरणों में किसी भी परिवर्तन की स्थिति में , जो बच्चों की शिक्षा भत्ता योजना की प्रतिपूर्ति के लिए किसी भी पात्रता को प्रभावित करता है , मैं तुरंत इसकी सूचना देने और किसी भी अतिरिक्त भुगतान को वापस करने का वचन देता हूं।

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

नाम:-

विभाग:-

दिनांक:-

स्थान:-

**अनुलग्नक-II/ANNEXURE-II**  
**लोकप्रिय गोपीनाथ बरदलै क्षेत्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान तेजपुर**  
**LOKOPRIYA GOPINATH BORDOLOI REGIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, TEZPUR**  
**छुट्टी अथवा छुट्टी में विस्तार हेतु आवेदन**  
**APPLICATION FOR LEAVE OR FOR EXTENSION OF LEAVE**

1. आवेदक का नाम/ Name of the Applicant :
2. पदनाम / Post held :
3. विभाग, कार्यालय एवं अनुभाग /Department, Office & Section :
4. वेतनमान / Pay :
5. वर्तमान पद में आहरित किराया भत्ता और अन्य प्रतिपूरक भत्ता  
House Rent and other Compensatory allowance  
drawn in the present post :
6. छुट्टी का प्रकार और छुट्टी की अवधि तथा जाने आने की तिथि  
Nature and period of leave applied for and date from which applied :
7. रविवार अथवा छुट्टियां, यदि छुट्टी के पूर्व/पश्चात जोड़ा जाना है  
Sunday and holidays, if any proposed to be prefixed/suffixed  
to leave :
8. छुट्टी लेने का कारण/Ground on which leave is applied for :
9. अंतिम छुट्टी से आने की तिथि और उस छुट्टी का प्रकार एवं अवधि  
Date of return from last leave and nature and period of that leave :
10. मैं ब्लॉक वर्ष..... के दौरान स्वयं को छुट्टी यात्रा  
रियायत का लाभ उठाने के लिए प्रस्तावित करता/नहीं करता हूँ।  
I proposed / do not proposed to avail myself of leave travel  
concession for the block year.....during the ensuring:
11. छुट्टी के दौरान पता/Address during leave period :
12. छुट्टी के दौरान कार्य व्यवस्था/Working arrangement during leave :
13. विकल्प अधिकारी द्वारा प्रकार लेने की अनुमति  
Consent of substitute taking over charge :

आवेदक का हस्ताक्षर / Signature of applicant  
दिनांक सहित /with date

14. नियंत्रण अधिकारी की टिप्पणी एवं सिफारिश  
Remarks and recommendations of the controlling officer :

हस्ताक्षर /Signature  
पदनाम सहित /with Designation

**छुट्टी स्वीकार्यता संबंधी प्रमाणपत्र/ CERTIFICATE REGARDING ADMISSIBILITY OF LEAVE**

15. प्रमाणित किया जाता है कि .....(अवधि) हेतु.....से ..... तक ..... (छुट्टी  
की प्रकृति) केन्द्रीय नागरिक सेवा (छुट्टी नियम, 1972) के संशोधित नियम .....के अंतर्गत स्वीकार्य है।  
Certified that .....(Nature of leave) for .....(period) from .....to  
.....is admissible under revised rule ..... Of the Central Civil Services (Leave Rule 1972).

हस्ताक्षर (दिनांक सहित)/Signature (with date)  
पदनाम/Designation

16. छुट्टी देने हेतु सक्षम प्राधिकारी का आदेश  
Order/approval of the authority component to grant leave

हस्ताक्षर (दिनांक सहित)/Signature (with date)  
पदनाम/Designation

अनुलग्नक / ANNEXURE-II

लोकप्रिय गोपीनाथ बरदलै क्षेत्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान तेजपुर  
LOKOPRIYA GOPINATH BORDOLOI REGIONAL INSTITUTE OF MENTAL  
HEALTH, TEZPUR

आकस्मिक छुट्टी / वैकल्पिक छुट्टी / प्रतिबंधित छुट्टी हेतु आवेदन  
APPLICATION FOR CASUAL LEAVE/ OPTIONAL LEAVE/ RESTRICTED HOLIDAY

1. आवेदक का नाम  
Name of the Applicant :
2. जन्मतिथि (वर्तमान आयु)  
Date of Birth (Age at present) :
3. पदनाम एवं नियुक्ति तिथि  
Post held & Date of Joining :
4. छुट्टी की अवधि एवं छुट्टी पर जाने की तिथि  
Period of leave applied for and  
date from which applied :
5. विभाग, कार्यालय एवं अनुभाग, वर्ग  
Department, Office & Section, Group held :
6. रविवार अथवा छुट्टियां, यदि छुट्टी के  
पूर्व/पश्चात जोड़ा जाना है / Sunday and holidays,  
if any proposed to be prefixed/suffixed to leave :
7. छुट्टी लेने का कारण  
Ground on which leave is applied for :
8. स्थान छोड़ने की अनुमति (हाँ/नहीं)  
Station Leave (Yes/ No) :
9. छुट्टी के दौरान पता  
Address during leave period :

आवेदक का हस्ताक्षर (दिनांक के साथ)  
Signature of applicant (with date)

10. नियंत्रण अधिकारी की टिप्पणी एवं सिफारिश  
Remarks and recommendations of the  
controlling officer

स्वीकृत / अस्वीकृत  
Granted/Not granted

हस्ताक्षर (पदनाम के साथ)  
Signature (With Designation)

एलजीबीआरआईएमएच / LGBRIMH  
तेजपुर : असम / TEZPUR:: ASSAM  
छुट्टी यात्रा रियायत हेतु आवेदन  
APPLICATION FOR L.T.C.

वर्ष-युग्म/Block Year

श्रेणी (कृपया सही का निशान लगाए)  
Category (Please Tick)

गृहनगर/Home Town भारत में अन्यत्र / Anywhere in India

नाम/ Name : \_\_\_\_\_

पदनाम/ Designation : \_\_\_\_\_

विभाग/अनुभाग/Department/Section : \_\_\_\_\_

भ्रमण स्थल / Place of Visit : \_\_\_\_\_

परिवार के सदस्यों (केवल आश्रित) की सूची जिनके लिए छुट्टी यात्रा रियायत हेतु आवेदन किया गया है  
List of Family Members (dependents only) for whom LTC is applied for:

क्र.सं. Sl. No.	नाम/Name	आयु/Age	संबंध/Relationship
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

यात्रा की प्रस्तावित तिथि एवं समय: \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक  
Proposed date and time of journey: From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

संबंधित छुट्टी का ब्यौरा लिया गया : (कृपया छुट्टी हेतु अलग आवेदन संलग्न करें)  
Details regarding leave taken : (Please attach separate application for leave)

छुट्टी की प्रकृति: अर्जित छुट्टी /अर्ध- भुगतानित छुट्टी / असाधारण छुट्टी / प्रतिबंधित छुट्टी/ साधारण छुट्टी  
Nature of leave: EL/HPL/EOL/CL/RH/OH

छुट्टी अवधि / Period of leave : से /from \_\_\_\_\_ तक /to \_\_\_\_\_

के साथ युक्त / Prefixing with \_\_\_\_\_ के बाद युक्त / suffixing with \_\_\_\_\_

दिनांक/Date: \_\_\_\_\_

सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर/  
Signature of govt. Servant \_\_\_\_\_

केवल कार्यालय प्रयोग हेतु / For office use only

1. (a) गृहनगर जाने हेतु वर्ष युग्म यात्रा छुट्टी रियायत : \_\_\_\_\_  
LTC for Home-Town availed for the block year : \_\_\_\_\_
- (b) भारत में अन्यत्र जाने हेतु वर्ष युग्म यात्रा छुट्टी रियायत: \_\_\_\_\_  
LTC for Anywhere in India availed for the block year : \_\_\_\_\_
2. (क) गृहनगर (ख) भारत में अन्यत्र जाने के लिये आवेदित वर्ष युग्म  
\_\_\_\_\_  
(रियायत अवधि के दौरान ) का छुट्टी यात्रा रियायत बाकी है  
LTC for (a) Home-Town (b) Anywhere in India for the block year \_\_\_\_\_  
(Within grace period) as applied for is due
3. गृहनगर सत्यापित और अपरिवर्तित है। गृहनगर है \_\_\_\_\_  
Home-Town verified and has not changed. Home-town is : \_\_\_\_\_
4. छुट्टी यात्रा रियायत हेतु परिवार के सदस्य (यों) एवं उनका आश्रित होना सेवा अभिलेख के अनुसार सत्यापित है और सही पाया गया है।  
Family member (s) for whom LTC is claimed for and their dependency is verified from service record and found correct.

संबंधित सहायक का हस्ताक्षर  
Signature of Dealing Assistant

## चिकित्सा-97-B

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और /या इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों की वापसी का दावा करने का आवेदन पत्र-अधिकृत चिकित्सा परिचारक द्वारा चिकित्सा परिचारक के लिए

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (साफ अक्षरों में) :
- I. विवाहित या अविवाहित :
- II. यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहाँ पत्नी/पति कार्यरत है :
2. किस कार्यालय में काम कर रहा है :
3. आधारमूल नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपलब्धियां हो तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए। :
4. नौकरी का स्थान :
5. निवास का वास्तविक पता :
6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध ध्यान दीजिए: यदि बीमार बच्चा हो त्यों उसकी उम्र भी लिखी जाए :
7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा :
8. दावे की रकम का ब्यौरा :

### 1. डाक्टरी परिचर्या

- I. निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीश-
  - क. जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है, उसका नाम और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी संबंध है। :
  - ख. कितनी बार और किस किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी-कितनी फीस दी गई है। :
  - ग. कितनी सुईयां किन-किन तारीखों को लागि और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी पड़ी। :
  - घ. क्या परामर्श और/यस सुईयां अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर। :
- II. रोग का निदान करते समय किए गए विकृति-विज्ञानी, जीवाणु-विज्ञानी, विकिरण-विज्ञानी और इसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखित और निम्नलिखित बातें बतलाइए-
  - क. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए और :
  - ख. क्या वे परीक्षण प्राधिकृत-चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हां तो उसका प्रमाण-पत्र इसके साथ लगाएं। :
- III. बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य (दवाओं की सूची, नकद-पत्र और अत्यावश्यकता) :

प्रमाण-पत्र साथ लगाएं)

- II. विशेषज्ञ से परामर्श
- प्राधिकृत- चिकित्सा-परिचारक के अतिरिक्त किसी और :  
विशेषज्ञ या चिकित्स अधिकारी का परामर्श लेने के लिए दी  
गई फीस और नीचे लिखी बातें बतलाई जाएं-
- क. उस विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी का नाम जिसका :  
परामर्श किया गया है और यह विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी  
किस अस्पताल से संबंधित है।
- ख. कितनी बार और किन-किन तारीखों को परामर्श लिया गया :  
और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई है?
- ग. क्या परामर्श विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी के परामर्श :  
कक्ष में लिया गया था, अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर?
- घ. क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी की सलाह प्राधिकृत :  
चिकित्सा-परिचारक की राय से ली गई थी और क्या प्राप्त के  
मुख्य प्रशासनिक-चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति इसके  
लिए प्राप्त कर ली गई थी, यदि हां तो इसके लिए प्रमाण-पत्र  
लगाएँ।
9. कुल कितनी धनराशि का दावा है :
10. .... को लिया गया अग्रिम धन घटाकर :
11. दावों की कुल रकम :
12. संलग्न पत्रों की सूची :

**इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें**

में घोषित करता हूं कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है।

दिनांक.....

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और

कार्यालय

जिसमें वह काम कर रहा है

## अनिवार्यता प्रमाणपत्र

### प्रमाणपत्र "क"

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो)

.....में नियुक्त श्रीमती/श्री/कुमारी .....  
की/के पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री/श्रीमती ..... को दिया गया प्रमाण पत्र।

मैं डॉ. .... इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ:-

- (क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में /रोगी के निवास स्थान पर (तारीख दी जाए) ..... को  
..... परामर्श के लिए .. ..... रुपए प्रभारित किए और प्राप्त किए।
- (ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में /रोगी के निवास स्थान पर (तारीख दी जाए) .....को  
अंत पेशी/अधस्तवक इंजेक्शन देने के लिए ..... रुपए प्रभारित किए और प्राप्त किए।
- (ग) कि दिए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग निदान के लिए थे/नहीं थे।
- (घ) कि रोगी का इलाज ..... अस्पताल में /मेरे परामर्श कक्ष में हुआ है और इस  
संबंध में मेरे द्वारा पूर्व में दी गई निम्नलिखित औषधि रोगी के स्वास्थ्य लाभ / उनकी हालत को गंभीर रूप से  
रोकने के लिए अनिवार्य थी। यह औषधि ..... अस्पताल में प्राइवेट  
रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और इनमें पेटेंट (एकायत) योग शामिल नहीं है जिनके लिए  
समान चिकित्सकीय गुण के सस्ते द्रव्य उपलब्ध नहीं है और ना ही इन योगों में खाद्य सामग्री अथवा  
निसंक्रामक शामिल है।

क्र. सं.	औषधि का नाम	कीमत
1		
2		
3		
4		
5		
6		

(ङ) कि रोगी ..... से पीड़ित है / था और .....  
से ..... तक मेरे इलाज में /था।

(च) कि रोगी की जन्म अथवा जन्मोत्तर चिकित्सा की गई है/थी।

(छ) कि जिन एक्स-रे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए ..... रुपए खर्च किए गए थे वे  
आवश्यक थे और मेरी सलाह से ..... में किए गए थे।

(ज) कि मैंने रोगी को विशेष-परामर्श के लिए डॉ., हस्पताल या प्रयोगशाला का नाम  
..... के पास भेज था और नियमों के अनुसार यथापेक्षित  
आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर दिया था।

(झ) कि रोगी को हस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था / आवश्यक था।

दिनांक.....

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा उस  
अस्पताल / चिकित्सालय का नाम जिससे वह संबद्ध है

## दावा

1. मैं(नाम)..... एलजीबीआरआईएमएच, तेजपुर का नियमित कर्मचारी हूं। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूं कि मैं अपने और अपने आश्रित परिवार के सदस्यों के लिए संस्थान से चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे का हकदार हूं। मैं यह भी घोषणा करता हूं कि चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे में मुझे दिया गया किसी भी प्रकार का अतिरिक्त भुगतान संस्थान के मानदंडों के अनुसार वापस किया जा सकता है।
2. मैं यह भी घोषणा करता हूं कि श्री /श्रीमती.....जिनकी उम्र ..... वर्ष है, जिनके लिए चिकित्सा उपचार लिया गया था, वह मेरी..... (संबंध) हैं और पूरी तरह से मुझ पर निर्भर हैं और उनका नाम मेरी सेवा पुस्तिका में भी दर्ज है। मैं यह भी घोषणा करता हूं कि मैंने यह चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा केवल एलजीबीआरआईएमएच, तेजपुर में किया है।

कर्मचारी का हस्ताक्षर.....

पद .....

विभाग .....

दिनांक .....

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और /या इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों की वापसी का दावा करने का आवेदन पत्र-अधिकृत चिकित्सा परिचारक द्वारा चिकित्सा परिचारक के लिए

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (साफ अक्षरों में) :
  - I. विवाहित या अविवाहित :
  - II. यदि विवाहित है, तो वह स्थान जहाँ पत्नी/पति कार्यरत है :
  2. किस कार्यालय में काम कर रहा है :
  3. आधारमूल नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपलब्धियां हो तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए। :
  4. नौकरी का स्थान :
  5. निवास का वास्तविक पता :
  6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका संबंध ध्यान दीजिए: :
  7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा :
  8. दावे की रकम का ब्यौरा :
- 1. डाक्टरी परिचर्या**
- I. निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीश-
    - क. जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है, उसका नाम और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी संबंध है। :
    - ख. कितनी बार और किस किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी-कितनी फीस दी गई है। :
    - ग. कितनी सुईयां किन-किन तारीखों को लागि और हर सुई के लिए कितनी फीस देनी पड़ी। :
    - घ. क्या परामर्श और/यस सुईयां अस्पताल में ली गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर। :
  - II. रोग का निदान करते समय किए गए विकृति-विज्ञानी, जीवाणु-विज्ञानी, विकिरण-विज्ञानी और इसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखित और निम्नलिखित बातें बतलाइए-
    - क. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए और :
    - ख. क्या वे परीक्षण प्राधिकृत-चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हां तो उसका प्रमाण-पत्र इसके साथ लगाएं :
  - III. बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य (दवाओं की सूची, नकद-पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र साथ लगाएं) :
  - II. अस्पताली परामर्श
    - अस्पताल का नाम अस्पताली इलाज का प्रभार अलग-अलग दर्शाएँ :

- I. कमरे के लिए :
- II. आहार :
- III. शल्य चिकित्सा या इलाज या प्रसूति :
- IV. रोगात्मक, जीवाणु, विकिरण या अन्य ऐसे परीक्षण, निम्न व्योरों सहित :
- क. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए और :
- ख. क्या वे परीक्षण प्राधिकृत प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर हुए, यदि हाँ तो, उसका प्रमाण-पत्र संलग्न करें। :
- V. दवाईयां
- VI. विशेष दवाईयां :
- VII. साधारण नर्सिंग :
- VIII. विशेष नर्सिंग अर्थात् रोगी के उपचार के लिए तैनात नार्सें :
- IX. अस्पताली-गाडी (एम्बुलेंस) प्रभार :
- X. कोई अन्य प्रभार :
- III. विशेषज्ञ से परामर्श**
- प्राधिकृत चिकित्सा परिचायक के अतिरिक्त किसी अन्य विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को परामर्श लेने के लिए दी गई फीस, नीचे लिखी बातें बतलाई जाएँ
- (क) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम : जिसका परामर्श लिया गया है और यह विशेषज्ञ किस अस्पताल से संबंधित है।
- (ख) परामर्शों की संख्या एवं दिनांक तथा प्रत्येक परामर्श के लिए : दिया गया शुल्क
- (ग) क्या परामर्श विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया था, अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर? :
- (घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी की सलाह प्राधिकृत चिकित्सा-परिचारक की राय से ली गई थी और क्या प्राप्त के मुख्य प्रशासनिक-चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति इसके लिए प्राप्त कर ली गई थी, यदि हां तो इसके लिए प्रमाण-पत्र लगाएँ। :
9. कुल कितनी धनराशि का दावा है :
10. .... को लिया गया अग्रिम धन घटाकर :
11. दावों की कुल रकम :
12. संलग्न पत्रों की सूची :
1. अनिवार्यता प्रमाणपत्र
  2. दवा की सूची
  3. नकद पर्ची

**भुगतान प्राप्त हुआ**

**इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें**

में घोषित करता हूं कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है।

दिनांक.....

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर

## अनिवार्यता प्रमाणपत्र "ख"

(उन रोगियों के मामले में भरा जाएं जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया हो)

.....में नियुक्त श्रीमती/श्री/कुमारी .....  
की/के पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री/श्रीमती .....को दिया गया प्रमाण पत्र।

### भाग-क

(अस्पताल के ..... केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए)

1. मैं डॉ. ....इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ:-

क) कि रोगी को .....(चिकित्सा अधिकारी का नाम) की / मेरी सलाह पर अस्पताल में भर्ती कराया गया था।

ख) कि रोगी का इलाज ..... अस्पताल में हुआ तथा मेरे द्वारा सिफारिश की गई निम्नलिखित दवाईयां रोगी के स्वास्थ्य लाभ के लिए/ उसकी हालत को गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी। ये दवाईयां ..... अस्पताल में स्टॉक नहीं की जाती हैं और उनमें ऐसे पेटेंट दवाईयां उपलब्ध है और नहीं इनमें खाद्य, प्रसाधन सामग्री अथवा विस्कामक शामिल है।

क्र. सं.	औषधि का नाम	कीमत
1		
2		
3		
4		

ग) कि दिये गये इन्जेक्शन प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी प्रयोजन के लिए दिये गए थे/नहीं दिए गए थे।

घ) कि रोगी ..... से पीड़ित है / या तथा उनका ..... से ..... तक की अवधि के दौरान इलाज चल रहा है।

ड) कि एक्स-रे प्रयोगशाला जांच आदि जिनके लिए रु. .... खर्च उठाया गया, आवश्यक थी और मेरी सलाह ..... (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में करवाई गई।

च) कि विशेषज्ञ-परामर्श के लिए डॉ. .... से परामर्श लिया गया तथा इसके लिए नियमानुसार ..... (राज्य के प्रमुख प्रशासनिक / चिकित्सा अधिकारी का नाम) का अनुमोदन प्राप्त किया गया।

हस्ताक्षर एवं अस्पताल के प्रभारी  
चिकित्सा अधिकारी का पदनाम

### भाग-ख

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ..... अस्पताल में रोगी का इलाज हुआ तथा मामले में विशेष-नर्स कि सेवाएँ, जिनके लिए संलग्न बिल व रसीदों के अनुसाए रु.

..... खर्च उठाया गया, रोगी के स्वास्थ्य लाभ / उनकी हालत को गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए आवश्यक थी।

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
प्रतिहस्ताक्षरित  
चिकित्सा अधीक्षक

..... अस्पताल

मैं प्रमाणित करता हूँ कि .....अस्पताल में रोगी का इलाज हुआ तथा रोगी को उनके इलाज के लिए आवश्यक मात्र न्यूनतम सुविधाएं कराई गई थी।

स्थान .....

चिकित्सा अधीक्षक

..... अस्पताल

नोट: लागू न होने वाले प्रमाण पत्रों को काट दिया जाए। प्रमाण-पत्र (घ) अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाए।

## दावा

1. मैं(नाम)..... एलजीबीआरआईएमएच, तेजपुर का नियमित कर्मचारी हूं। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूं कि मैं अपने और अपने आश्रित परिवार के सदस्यों के लिए संस्थान से चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे का हकदार हूं। मैं यह भी घोषणा करता हूं कि चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे में मुझे दिया गया किसी भी प्रकार का अतिरिक्त भुगतान संस्थान के मानदंडों के अनुसार वापस किया जा सकता है।
2. मैं यह भी घोषणा करता हूं कि श्री /श्रीमती.....जिनकी उम्र ..... वर्ष है, जिनके लिए चिकित्सा उपचार लिया गया था, वह मेरी..... (संबंध) हैं और पूरी तरह से मुझ पर निर्भर हैं और उनका नाम मेरी सेवा पुस्तिका में भी दर्ज है। मैं यह भी घोषणा करता हूं कि मैंने यह चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा केवल एलजीबीआरआईएमएच, तेजपुर में किया है।

कर्मचारी का हस्ताक्षर.....

पद .....

विभाग .....

दिनांक .....

प्रपत्र सं. - 04

छुट्टी अथवा छुट्टी विस्तार अथवा छुट्टी संचार हेतु चिकित्सा प्रमाण पत्र

सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर \_\_\_\_\_  
में \_\_\_\_\_ मामले के व्यक्तिगत सचेत निरीक्षण के पश्चात एतद द्वारा  
प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री / श्रीमती / सुश्री \_\_\_\_\_,  
जिनका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है , \_\_\_\_\_ रोग से ग्रस्त है। और मैं  
\_\_\_\_\_ दिनों तक कार्य से अनुपस्थित रहने का सुझाव देता हूँ जो उनके स्वास्थ्य लाभ  
के लिए अति आवश्यक है जो कि \_\_\_\_\_ से प्रभावी होगा।

दिनांक \_\_\_\_\_

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी

एलजीबीआरआईएमएच/मेडिकल बोर्ड  
एलजीबीआरआईएमएच द्वारा गठित अथवा  
सरकारी अस्पताल

FORM NO. - 04

MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR COMMUNICATION OF  
LEAVE

Signature of the government servant \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ after careful personal examination of the case hereby certify that  
Shri/Smti/Kumari \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Authorized Medical Attendant  
LGBRIMH/Medical board  
constituted by LGBRIMH or  
Government hospitals

प्रपत्र संख्या – 05  
कार्य पर वापस आने हेतु चिकित्सा प्रमाण पत्र

सरकारी कर्मचारी का हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

मैं \_\_\_\_\_ का

(सर्जन/ स्टाफ सर्जन / प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी) एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने श्री/श्रीमती/सुश्री \_\_\_\_\_ जिनका हस्ताक्षर ऊपर दिया गया है, का सावधानीपूर्वक परीक्षण किया है और यह पाया है कि वे रोगमुक्त हो गए हैं तथा सरकारी सेवा पर वापस जाने के लिये स्वस्थ हैं। मैं यह भी प्रमाणित करता/ करती हूँ कि इस नतीजे पर पहुँचने से पूर्व मैंने उन मूल चिकित्सा प्रमाणपत्र (त्रों) एवं रोग प्रमाणपत्र के सभी विवरण (णों), जिनके आधार पर छुट्टी स्वीकृत या विस्तारित किया गया था, का परीक्षण किया है और मेरे/हमारे नतीजे पर पहुँचने के लिए विचारार्थ लिया गया है।

दिनांक:

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी  
एलजीबीआरआईएमएच/मेडिकल बोर्ड  
एलजीबीआरआईएमएच द्वारा गठित अथवा  
सरकारी अस्पताल

Form No. – 05  
MEDICAL FITNESS CERTIFICATE TO RETURN TO DUTY

Signature of the Government Servant \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ (SSS, AMA)

of \_\_\_\_\_ do hereby certify that I

have carefully examined Shri.Smti/Kumari \_\_\_\_\_ whose

signature is given above and find that he/she recovered from, his/her illness and is now fit to resume duties

in Governmental services. I also certify that before arriving at this decision, I have examined the original

medical certificates (s) and statement (s) of the case for certificates copies thereof on which leave was

granted or extended and have taken these into consideration in arriving at our / my decision.

Dated:

Authorized Medical Attendant  
LGBRIMH/Medical board  
constituted by LGBRIMH or  
Government hospitals

## स्टेशन छुट्टी अनुमति प्रारूप / Station leave permission format

- 1) नाम / Name:
- 2) पदनाम / Designation:
- 3) आवेदित छुट्टी का विवरण (सीएल/ओएल/आरएच/ईएल/किसी अन्य प्रकार की छुट्टी, कृपया निर्दिष्ट करें) सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन की प्रति के साथ / Details of the leave applied (CL/OL/RH/EL/Any other kind of leave, please specify) with copy of the approval from C/A:
- 4) स्टेशन छुट्टी आवेदन किया / Station leave applied on:
- 5) स्टेशन छोड़ने के लिए आधार / Ground for leaving station:
- 6) द्वारा ड्यूटी संचालित की जाएगी / Duty will be managed by:
- 7) छुट्टी के दौरान पता, फोन नं / Address during leave with phone no.:

हस्ताक्षर / Signature

स्वीकृत/ अस्वीकृत  
Approved/Not Approved

हस्ताक्षर निरीक्षण अधिकारी  
Signature of Supervising Official

सक्षम प्राधिकारी द्वारा स्वीकृत/अस्वीकृत किया जाना है  
To be Approved/Rejected by Competent Authority



**LGB REGIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH**  
(An Autonomous body under Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India)  
Website: [www.lgbrimh.gov.in](http://www.lgbrimh.gov.in), e-Mail: mail@lgbrimh.gov.in  
Post Box No. 15: Fax No. (03712) 233623  
TEZPUR :: 784001 :: ASSAM

वाहन का विवरण / DETAILMENT OF VEHICLE

वाहन सं. / Vehicle No.

दिनांक / Date-

उपयोगकर्ता का नाम / Name of the user :

यात्रा/कर्तव्य का स्थान / Place of visit/Duty :

उद्देश्य / Purpose :

प्रस्थान का समय / Time of Departure :

वापसी का समय/Time of Return :

अनुमोदन/Approval :

चिकित्सा अधीक्षक /Medical Superintendent

उपयोगकर्ता के हस्ताक्षर/Signature of user

**LGB REGIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH**  
(An Autonomous body under Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India)  
Website: [www.lgbrimh.gov.in](http://www.lgbrimh.gov.in), e-Mail: mail@lgbrimh.gov.in  
Post Box No. 15: Fax No. (03712) 233623  
TEZPUR :: 784001 :: ASSAM

वाहन का विवरण / DETAILMENT OF VEHICLE

वाहन सं. / Vehicle No.

दिनांक / Date-

उपयोगकर्ता का नाम / Name of the user :

यात्रा/कर्तव्य का स्थान / Place of visit/Duty :

उद्देश्य / Purpose :

प्रस्थान का समय / Time of Departure :

वापसी का समय/Time of Return :

अनुमोदन/Approval :

चिकित्सा अधीक्षक /Medical Superintendent

उपयोगकर्ता के हस्ताक्षर/Signature of user