Mail

कार्यालय प्रधान जिला एवं सत्र न्यायाधीश, पश्चिम निमाड मण्डलेश्वर (म.प्र.)

पृ.क्रमांक/2199/लेखा/2026 मण्डलेश्वर, दिनांक 28/08/2026

प्रतिलिपि :–

(01) समस्त न्यायिक अधिकारीगण,
जिला मुख्यालय मण्डलेश्वर सहित तहसील न्यायालय
महेश्वर/कसरावद/खरगोन/भीकनगांव/सनावद/बड़वाह

की ओर म.प्र. सिविल सेवा (अवकाश) नियम, 2025 के नियम–13 अनुसार अर्जित/लघुकृत अवकाश तथा नियम–17 व नियम 23 (2) अनुसार चिकित्सीय प्रमाण पत्र, प्रपत्र 03 एवं प्रपत्र 04 (फार्म नं. 03 व 04) के नवीन प्रारूप प्रेषित कर लेख है कि अपने अर्जित/लघुकृत अवकाश तथा चिकित्सीय प्रमाण पत्र नवीन निर्धारित प्रारूप में ही इस कार्यालय की ओर प्रेषित करने का कष्ट करें।

(02) प्रभारी अधिकारी,
नजारत अनुभाग,
मण्डलेश्वर/महेश्वर/कसरावद/खरगोन/भीकनगांव/सनावद/बड़वाह

की ओर म.प्र. सिविल सेवा (अवकाश) नियम, 2025 के नियम–13 अनुसार अर्जित/लघुकृत अवकाश तथा नियम–17 व नियम 23 (2) अनुसार चिकित्सीय प्रमाण पत्र, प्रपत्र 03 एवं प्रपत्र 04 (फार्म नं. 03 व 04) के नवीन प्रारूप प्रेषित कर लेख है कि समस्त तृतीय एवं चतुर्थ श्रेणी कर्मचारीगण को अपने अर्जित/लघुकृत अवकाश तथा चिकित्सीय प्रमाण पत्र नवीन निर्धारित प्रारूप में ही इस कार्यालय की ओर प्रेषित करने हेतु निर्देशित करने का कष्ट करें।

(03) जूनियर सिस्टम एनॉलिस्ट,
जिला न्यायालय, मण्डलेश्वर

की ओर म.प्र. सिविल सेवा (अवकाश) नियम, 2025 के नियम–13 अनुसार अर्जित/लघुकृत अवकाश तथा नियम–17 व नियम 23 (2) अनुसार चिकित्सीय प्रमाण पत्र, प्रपत्र 03 एवं प्रपत्र 04 (फार्म नं. 03 व 04) के नवीन प्रारूप जिला न्यायालय की आधिकारिक वेबसाईट पर अपलोड किये जाने के निर्देश सह प्रेषित।

संलग्न :– उपरोक्तानुसार

कृते–प्रधान जिला एवं सत्र न्यायाधीश
पश्चिम निमाड मण्डलेश्वर

O/C

प्रपत्र 1

[नियम 13 देखें]

शासकीय सेवक द्वारा अवकाश अथवा अवकाश वृद्धि के लिए आवेदन

1. शासकीय सेवक का नाम एवं एम्प्लाई कोड _____

2. धारित पद _____

3. अनुभाग, कार्यालय और विभाग _____

4. मूल वेतन _____

5. (एक) अवकाश की प्रकृति _____

   (दो) अवधि दिनांक.....से दिनांक.....तक

6. अवकाश से पहले/बाद में (Prefix/Suffix) जोड़े जाने के लिए प्रस्तावित सार्वजनिक अवकाश,यदि कोई हों _____

7. अवकाश का कारण _____

8. अवकाश अवधि के दौरान पता एवं मोबाईल नं. _____

शासकीय सेवक के हस्ताक्षर

(दिनांक सहित)*

अवकाश की स्वीकार्यता के संबंध में प्रमाण-पत्र

9. प्रमाणित किया जाता है कि ..... से ..... तक की अवधि के लिए ..... (अवकाश की प्रकृति) मध्यप्रदेश सिविल सेवा (अवकाश) नियम 2025 के नियम ..... के अधीन स्वीकार योग्य है।

हस्ताक्षर तथा पदनाम
(दिनांक सहित)

---

10. नियंत्रण अधिकारी की टिप्पणी और/या संस्तुति _____

हस्ताक्षर (स्थापना प्रभारी)

पदनाम

**11. अवकाश देने के लिए सक्षम प्राधिकारी _____

हस्ताक्षर (स्वीकृतकर्ता)

पदनाम

---

* शासकीय सेवक के किसी विकलांगता अथवा अन्य परिस्थिति के कारण अवकाश आवेदन प्रस्तुत करने में असमर्थता की स्थिति में नियम 13(1) के परन्तुक अनुसार शासकीय सेवक की और से परिवार के सदस्य के द्वारा हस्ताक्षर किए जा सकेगें।

** यदि आवेदक के कोई प्रतिपूरक भत्ता ले रहा है, तो अवकाश की समाप्ति पर उसे भी आदेशों में दर्शाया जाना चाहिए, कि आवेदक के उसी पद पर या समान भत्ते वाले किसी अन्य पद पर वापस लौटने की संभावना है।

प्रपत्र 3

[नियम 17 देखें]

शासकीय सेवकों के लिए चिकित्सीय प्रमाण-पत्र द्वारा अवकाश या अवकाश वृद्धि के लिए अनुशंसा

शासकीय सेवक के हस्ताक्षर ....., एम्प्लाई कोड.....

मैं..... श्री / श्रीमती / कु. ..... जिनके ऊपर हस्ताक्षर हैं, का उचित चिकित्सीय परीक्षण कर यह प्रमाणित करता हूँ कि वह ..... रोग से पीड़ित हैं और मैं उचित समझता हूँ कि वह अपने कार्य से दिनांक.....से ..... तक की अवधि में अवकाश लेकर आराम करें जिससे उनको स्वास्थ्य लाभ हो।

प्राधिकृत चिकित्सक

दिनांक .....

(नाम.....)

पंजीयन संख्या

टिप्पणी 1- चिकित्सा अधिकारी द्वारा, रोग का स्वरूप और उसके ठीक होने की संभावित अवधि का स्पष्ट उल्लेख किया जाए।

टिप्पणी 2- चिकित्सा अधिकारी द्वारा, शासकीय सेवक के हस्ताक्षर लेने के बाद इसे भरना चाहिए, परन्तु उसे यह अनुशांसा नहीं करना चाहिए कि शासकीय सेवक को, किसी विशेष स्थान से या वहां जाने की आवश्यकता है या किसी विशेष स्थान में जाने के लिए योग्य नहीं है।

टिप्पणी 3- अवकाश स्वीकृत करने वाला सक्षम प्राधिकारी, यदि वह उपयुक्त समझे, तो द्वितीय चिकित्सक, जो सिविल सर्जन या उसके समकक्ष प्राधिकार रखता हो, से इस प्रमाण-पत्र पर उनकी अनुशांसा प्राप्त कर सकेगा, जिनकी अनुशांसा अन्तिम होगी।

प्रपत्र 4

[नियम 23 (2) देखें]

कर्तव्य पर उपस्थित होने के समय पूर्ण स्वस्थ होने का चिकित्सीय प्रमाण-पत्र

शासकीय सेवक के हस्ताक्षर ....., एम्प्लाई कोड.....

मैं, ...पंजीकृत चिकित्सक यह प्रमाणित करता हूँ,कि मैंने,श्री/श्रीमती/कु. ..... जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं, जो.....रोग से पीड़ित थे/थी तथा जिन की मैंने सावधानी से जांच की और अब वे उस रोगावस्था से मुक्त हैं तथा शासकीय सेवा में उपस्थित होने योग्य हैं।

मैं साथ ही यह भी प्रमाणित करता हूँ कि इस निष्कर्ष पर पहुंचने से पहले इनके रोग के लिए संबंधित चिकित्सक की राय और मूल चिकित्सा प्रमाण-पत्र का सम्यक् परीक्षण, मेरे द्वारा किया गया।

प्राधिकृत चिकित्सक

दिनांक .....

(नाम.....)

पंजीयन संख्या