



राष्ट्रीय पर्यावरणीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान
NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN ENVIRONMENTAL HEALTH
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH
कमला नेहरू चिकित्सालय, भवन, भोपाल
Kamla Nehru Hospital building Bhopal - 462001

आकस्मिक अवकाश / प्रतिबंधित अवकाश / प्रतिपूरक अवकाश के लिये आवेदन पत्र
APPLICATION FOR CASUAL LEAVE/RESTRICTED HOLIDAY/COMPENSTORY LEAVE

- 1- आवेदक का नाम / Name of Applicant _____
- 2- पदनाम / Designation _____
- 3- अनुभाग / Section _____
- 4- अवकाश का स्वरूप / Neature of leave _____
- 5- अवकाश की अवधि और तिथियाँ
जिनके लिये आवेदन किया गया
Period of leave/ dates for which applied _____
- 6- अवकाश का आधार / Ground of leave applied for _____
- 7- क्या छुट्टी के दौरान मुख्यालय छोड़ रहे हैं ?
Whether leaving hqrs. during the leave period _____
- 8- यदि हों तो पता / If so, address : _____

हस्ताक्षर / Signature

कार्यालय के उपयोग हेतु For Office Use

- 1- आसन्न अधिकारी की अभियुक्तियाँ / या सिफारिश
Remarks and /or recommendation of the immediate officer

तिथि सहित हस्ताक्षर / Signature & Date
पदनाम / Designation

- 2- छुट्टी प्रदान करने के लिये सक्षम प्राधिकारी / निदेशक के आदेश
Orders of the competent authority / Director to grant leave.

तिथि सहित हस्ताक्षर / Signature & Date
पदनाम / Designation