

आई.सी.एम.आर – राष्ट्रीय असंचारी रोग कार्यान्वयन अनुसंधान संस्थान, जोधपुर
ICMR – National Institute for Implementation Research on Non-Communicable Diseases, Jodhpur

आकस्मिक / प्रतिबंधित / क्षतिपूर्ति अवकाश हेतु आवेदन पत्र
Application Form for Casual/Restricted/Compensatory Leave

1. नाम / Name: 2. पदनाम / Post:

3. विभाग / अनुभाग / प्रकल्प का नाम Department/Section/Project Name:

4. अवकाश का प्रकार) Type of Leave Applied):

- ☐ आकस्मिक अवकाश / Casual Leave (CL) (व्यतीत /Spent: उपलब्ध / Available:)
- ☐ प्रतिबंधित अवकाश / Restricted Holiday (RH) (व्यतीत /Spent: उपलब्ध / Available:)
- ☐ प्रतिपूरक अवकाश / Compensatory Leave (Lieu Off) (व्यतीत /Spent: उपलब्ध / Available:)
- (कार्य संपादन की तिथि / Date of duty performed): कार्य समय / Working Hours:

5. अवकाश लेने का कारण / Reason for availing Leave:

6. अवकाश की अवधि / Duration of Leave: कुल / Total: दिन / Days

दिनांक / From: से / To: तक

7. मुख्यालय छोड़ने की अनुमति की आवश्यकता, हाँ / नहीं
Headquarter leaving Permission Required Yes/No

(यदि हाँ तो कृपया अपना संपर्क पता व दूरभाष / मोबाइल नम्बर दें
If yes, Please write your contact address and Phone/Mobile Number)

दिनांक / Date:

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of Applicant

संस्तुतित / संस्तुतित नहीं / Recommended/ Not Recommended

विभागाध्यक्ष / अनुभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर / Signature of HOD/Section Officer

अनुमोदित/अनुमोदित नहीं / Approved / Not Approved

अनुमोदित करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर / Signature of Approving Authority