

मुख्यालय छोड़ने की अनुमति हेतु आवेदन पत्र
Form of Application for Headquarter Leave

सेवा में / To,

श्रीमान निदेशक महोदय The Director,
राष्ट्रीय असंचारी रोग कार्यान्वयन अनुसंधान संस्थान,
National Institute for Implementation Research
on Non-Communicable Diseases,
न्यू पाली रोड, जोधपुर – 342005
New Pali Road, Jodhpur – 342005

1. आवेदक का नाम Name of the Applicant :

2. पदनाम Designation : 3. विभाग Department :

3. (i) मुख्यालय छोड़ने की अवधि Period of Leaving Headquarter :

दिनांक Date (से From) (तक To), कुल दिन Total Days

(ii) मुख्यालय छोड़ने का कारण Reason for Leaving Headquarter :

4. मुख्यालय छोड़ने की अनुमति की आवश्यकता (हाँ / नहीं)

Whether permission to leave Headquarter is required : Yes / No

(यदि हाँ, तो कृपया अपना संपर्क पता एवं दूरभाष नंबर दें, यदि संभव हो)

(If yes, please mention your contact address and telephone number, if possible)

.....
.....
.....

स्थान Place : जोधपुर Jodhpur

दिनांक Date :

आवेदक के हस्ताक्षर Signature of the Applicant

संस्तुति एवं अनुमोदन हेतु प्रेषित

Forwarded for Recommendation and Approval

विभागाध्यक्ष/अनुभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर

Signature of HoD / Section In-charge

कार्यालय प्रयोग हेतु For Office Use

अनुमोदित / अनुमोदित नहीं

Approved / Not Approved

निदेशक महोदय / Director