



राष्ट्रीय औषध व्यसन उपचार केंद्र,

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान,

सी. जी. ओ. कॉम्प्लेक्स-II, कमला नेहरू नगर, गाज़ियाबाद, (उ.प्र.)

आकस्मिक अवकाश रजिस्टर प्रष्ठ सं०

C.L.Register page No.....

आकस्मिक अवकाश हेतु प्रार्थना पत्र (Leave Application Form Staff Casual Leave)

1. नाम..... पद.....
1. Name..... Designation.....
2. अवकाश अवधि (दिन एवं दिनांक सहित).....
2. Period of leave required (with days & date).....
3. अवकाश के लिए कारण.....
3. Reason for leave.....
4. अवकाश का पता
4. Address during the leave period.....
5. प्रार्थी की अनुपस्थिति में कार्य का प्रबन्ध
5. Arrangement of during applicant's absence:.....

दिनांक.....

Date.....

(प्रार्थी के हस्ताक्षर)

Signature for Applicant

(कार्यालय के प्रयोग हेतु)

Space for office use

शेष अवकाश :.....

Leave due :.....

स्वीकृति /अनास्वीकृति:.....

Sanctioned/Not Sanctioned.....

(स्वीकृति अधिकारी हस्ताक्षर)

Sanctioning Authority