

वैद्यकीय अवकाश के लिए आवेदन / APPLICATION FOR GRANT OF MEDICAL LEAVE

नाम और पदनाम / Name & Designation \_\_\_\_\_

समूह/इकाई/अनुभाग / Group/Unit/Section \_\_\_\_\_

बीमारी का प्रकार / Nature of illness : \_\_\_\_\_

चिकित्सा के आधार पर परिवर्तित अवकाश/ अर्जित अवकाश Leave on Medical Ground CML/EL	अवकाश की अवधि/ Period of Leave		कुल दिन/ No. of Days	प्रीफिक्स/सफिक्स/Suffix/Prefix		दिनों की कुल संख्या (छुट्टियों सहित)/ Total number of Days (Including holidays)
	से/ From	तक/ To		से/ From	तक/ To	

मैंने संबंधित प्रभारी को अनुपस्थिति की अवधि के बारे में सूचित कर दिया है। /

I have intimated the period of absence to concerned In-Charge

\_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_ के माध्यम से

Through: \_\_\_\_\_ dtd. \_\_\_\_\_

दिनांक/ Date: \_\_\_\_\_

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of the Applicant

केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए  
**FOR OFFICIAL USE ONLY**  
शेष अवकाश/ Leave Balance

अर्जित अवकाश/ EL	
अर्ध-वेतन अवकाश/ HPL	

सेवा रिकॉर्ड में नोट किया गया / Noted in Service Record.

संबंधित कर्मचारी के हस्ताक्षर/ Signature of Dealing-Official.

सिफारिश की/ सिफारिश नहीं की  
Recommended / Not Recommended

वरिष्ठ वैज्ञानिक/प्रमुख के हस्ताक्षर और दिनांक  
Signature of Sr. Scientist/ In-charge with Date

स्वीकृत/Sanctioned

निदेशक/प्रशासनिक अधिकारी / Director/Adm. Officer