

आई.सी.एम.आर. - राष्ट्रीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, जोधपुर  
ICMR – National Institute of Health Research, Jodhpur

अर्जित/चिकित्सा अवकाश हेतु आवेदन पत्र  
Application Form for Earned/Medical Leave

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. नाम Name                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2. पदनाम Post                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 3. विभाग/अनुभाग Department/Section                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4. अवकाश का स्वरूप Form of Leave                                        | <input type="checkbox"/> अर्जित<br>Earned <input type="checkbox"/> चिकित्सा<br>Medical <input type="checkbox"/> परिवर्तित<br>Converted <input type="checkbox"/> अर्द्धवेतन<br>Half Pay <input type="checkbox"/> अतिरिक्त असाधारण<br>Extra-Ordinary Leave)                                                                                                                     |
| 5. अवकाश की अवधि Duration of Leave                                      | कुल Total.....दिन Days दिनांक From .....से To .....तक<br>(अ) पूर्वयोजन (A) Prefix : .....<br>अवकाश से पहले पड़ने वाले शनिवार, रविवार व राजपत्रित अवकाश<br>Saturday, Sunday & Gazetted Holidays Falling before Leave<br>(ब) अनुयोजन (B) Suffix : .....<br>अवकाश के बाद पड़ने वाले शनिवार, रविवार व राजपत्रित अवकाश<br>Saturday, Sunday & Gazetted Holidays Falling after Leave |
| 6. अवकाश लेने का कारण<br>Reason for availing Leave                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 7. अवकाश के दौरान पता एवं दूरभाष<br>Address & Phone Number during Leave |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

दिनांक Date :  
स्थान Place :

आवेदक के हस्ताक्षर Signature of Applicant

संस्तुतित एवं अनुमोदन के लिए प्रेषित Recommended & Forwarded for Approval

विभागाध्यक्ष/अनुभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर  
Signature of HOD/Section Officer

कार्यालय प्रयोग हेतु For Office Use Only

प्रमाणित किया जाता है कि—केन्द्रीय सिविल सेवा (अवकाश) नियम के अंतर्गत श्री/श्रीमती/डॉ. ....  
.....दिनांक.....से दिनांक.....तक के लिए.....दिनों के अर्जित अवकाश की पात्रता है एवं दिनांक.....  
.....से.....तक पूर्वयोजन तथा दिनांक.....से.....तक अनुयोजन सम्मिलित करते हुए अवकाश  
स्वीकृत किया जा सकता है।  
इनके खाते में ..... दिनों में से ..... दिनों का अवकाश शेष रहेगा।

अनुभाग अधिकारी (प्रशा.) के हस्ताक्षर Signature of Section Officer (Admin)

अनुमोदित करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of Approving Authority