

राष्ट्रीय त्वचा रोग यूनानी चिकित्सा अनुसंधान संस्थान, हैदराबाद

National Research Institute of Unani Medicine for Skin Disorders, Hyderabad

(केंद्रीय यूनानी चिकित्सा अनुसंधान परिषद्, नई दिल्ली, आयुष मंत्रालय, भारत सरकार)

आकस्मिक/ प्रतिपूरक अवकाश या प्रतिबंधित अवकाश के लिए आवेदन

Application for Casual Leave/Compensatory Leave or Restricted Holiday

1.	आवेदक का नाम / Name of the Applicant	
2.	पदनाम / Designation	
3.	विभाग / Department	
4.	अवकाश की अवधि / Period of Leave	
5.	अवकाश का प्रकार / Nature of Leave (यदि प्रतिपूर्ति, तो उचित कारण दें) (If compensation, then give the proper justification)	
6.	जिस आधार पर अवकाश के लिए आवेदन किया / Ground on which the leave applied for	
7.	स्टेशन छोड़ने की अनुमति अवकाश है या नहीं / Station leaving permission required or not	
8.	यदि हां तो छुट्टी के दौरान पता दें If yes give address during the leave	
9.	आवेदक के हस्ताक्षर /Signature of the applicant	

अवकाश स्वीकार्य है / नहीं/ Leave recommended / not recommended

अनुभाग प्रभारी की सिफारिश प्रमाणित किया जाता है कि उन्होंने दिनांकपर काम किया है।
Recommendation of Section Incharge It is certified that he has worked on date

अनुभाग प्रभारी के हस्ताक्षर/Signature of Section Incharge

आकस्मिक छुट्टी / प्रतिबंधित छुट्टी के हकदार Casual Leave Restricted Holiday	अब तक ली गई छुट्टी Availed	आवेदित छुट्टी / Applied Leave	शेष छुट्टी / Balance Leave

संबंधित लिपिक के हस्ताक्षर / Signature of the Concerned Clerk

अवकाश स्वीकृत किया गया या आस्वीकृत/Leave sanctioned / not sanctioned

उप निदेशक एवं प्रमुख के हस्ताक्षर/Signature of the Deputy Director & Head