

डा० राजेन्द्र प्रसाद नेत्र विज्ञान केन्द्र
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

DR. RAJENDRA PRASAD CENTRE FOR OPHTHALMIC SCIENCES
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

आकस्मिक छुट्टी के लिए आवेदन-पत्र

CASUAL LEAVE APPLICATION

10

नाम

Name

Designation

पदनाम

अनुक्रमांक
Roll No.

मावश्यक दिनों की संख्या

No. of days leave required

दिनांक

से

तक

from

to

कार्यरत का स्थान

Place of Duty

कारण

Reason

संपर्क पता

Home address

प्रार्थी के हस्ताक्षर
Signature of applicant

(2)

पिछले आवेदन-पत्र की तिथि

Date of last application _____

देय छुट्टी

Leave Due _____

सुपरवाइजर द्वारा तिथि सहित टिप्पणी

Remarks with date by the immediate supervisor _____

विभागाध्यक्ष द्वारा तिथि सहित टिप्पणी

Remarks with date by the Department Head _____

दिनांक

Date

परिचारिका अधीक्षक/प्रभारी अधिकारी
Nursing Supdt./Officer-in-charge