



राष्ट्रीय भौतिक प्रयोगशाला
National Physical Laboratory

डा० के० एस० कृष्णन मार्ग, नई दिल्ली

Dr. K.S. Krishnan Marg, New Delhi

अर्जित / चिकित्सा / अर्ध वेतन / अवकाश की मंजूरी के लिये आवेदन

Application for grant of Earned / Medical / Half pay Leave

1. पहचान संख्या _____ आवेदन की तारीख _____
I D. No. Date of Application
2. नाम _____ पदनाम _____
Name Designation
3. अवकाश _____ दिनों के लिये तारीख _____ से _____
तारीख तक तथा दिनांक _____ की पहले और _____ की बाद में
जुड़ने वाले अवकाश की अनुमति सहित चाहिए।
Leave required for _____ days from _____ to _____ with
Permission of prefix _____ and suffix _____
4. शहर छोड़ने की अनुमति मांगी गई _____ नहीं मांगी गई _____
Permission for leaving station Requested Not Requested
5. अवकाश लेने का कारण _____
Reasons for leave applied for _____
6. अवकाश के पहले अग्रिम वेतन चाहिए _____ नहीं चाहिए _____
Leave Salary Advance Requested Not Requested
7. अवकाश के दिनों में पता _____
Address while on leave _____

आवेदक के हस्ताक्षर

Signature of applicant

प्रभाग

Division

आ० फोन संख्या

Int. Phone No.

संस्तुति की गई / नहीं की गई

Recommended / Not Recommended

विभागीय / शाखा / प्रभाग के प्रमुख के हस्ताक्षर

Sectional/ Activity/ Divisional Head

Leave applied for is Sanctioned/ refused in Public Interest.