



डॉ बी आर अम्बेडकर राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, जालंधर

DR. B R AMBEDKAR NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, JALANDHAR

अर्जित/ अवकाश/ अस्पताल/ अर्धवेतन/ परिणत अवकाश के लिए आवेदन पत्र

**APPLICATION FOR EARNED/ HOSPITAL/ HALF PAY/ COMMUTED LEAVE**

आवेदक का नाम / Name of applicant : \_\_\_\_\_

पद/ Designation : \_\_\_\_\_

विभाग दफ्तर/ Department/Office : \_\_\_\_\_

अवकाश की प्रकार अवधि/

Nature and period of Leave : \_\_\_\_\_

से/from \_\_\_\_\_ तक/to \_\_\_\_\_ दिन/days \_\_\_\_\_

अवकाश लेने का कारण/

Ground on which leave is applied : \_\_\_\_\_

अवकाश अवधि का पता/ Address during leave : \_\_\_\_\_

दिनांक/ Date: \_\_\_\_\_

आवेदक के हस्ताक्षर/ Signature of Applicant

अवकाश देय \_\_\_\_\_ दिन

Due \_\_\_\_\_ days

अवकाश अनुमोदित \_\_\_\_\_ दिन

Granted for \_\_\_\_\_ days

सेवा पंजिका में अंकित संख्या \_\_\_\_\_

Entered at Sr. No. \_\_\_\_\_

संस्तुत/ Recommended

अनुमोदित/ Sanctioned

संस्तुत करने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर

अनुमोदित करने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of the Recommending Authority  
Authority

Signature of the Sanctioning