

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, बीबीनगर, तेलंगाना – 508126
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES BIBINAGAR, TELANGANA - 508126
वरिष्ठ और कनिष्ठ कार्मिकों के लिये अर्जित / चिकित्सा अवकाश आवेदन का प्रारूप
APPLICATION FORM FOR EARNED LEAVE/Medical Leave of SR/JR

आवेदक का नाम / Name of applicant: _____

धारित पद /Post held: _____

विभाग /Department: _____

वर्तमान पद हेतु लागू मकान किराया भत्ता और अन्य प्रतिपूरक भत्ते :/
House Rent and other Compensatory allowances drawn in the present Post: _____

अवकाश का प्रकार /
Nature of leave: _____

अवकाश के दिवस /
Number of Days: _____

तिथि, जब से अवकाश चाहिए /
Date from which the leave required: दि से / From: _____ तक/ To: _____

रविवार और अवकाश के पहले / और बाद में जोड़े जाने वाली. छुट्टी के दिन यदि कोई /
Sunday, and holidays, if any proposed to be prefixed/suffixed to leave: _____

अवकाश आवेदन का आधार /
Grounds on which leave is applied for: _____

पिछले अवकाश से लौटने की तिथि, अवधि और प्रकार /
Date of return from last leave and the nature and period of that leave: _____

मैं स्वयं के लिए खण्ड वर्ष के दौरान अवकाश यात्रा रियायत (L.T.C) का विकल्प चुनता हूँ / नहीं चुनता
I propose/do not propose to avail myself of leave travel concession for the block Years: _____

अवकाश के दौरान पता /
Address during the leave period: _____

वैकल्पिक व्याख्याता / अनुदेशक का नाम और हस्ताक्षर /
Name of alterative Resident /Tutor with signature: _____

विभाग प्रमुख की टिप्पणी और / या अनुशंसा
Remarks and or recommendation of the Head of the Department: _____

आवेदक के हस्ताक्षर /
Signature of Applicant: _____

विभाग प्रमुख के हस्ताक्षर /
Signature of HOD : _____

अर्जित अव./ अर्ध वेतन अवकाश का विवरण /
EL/HPL Information:

अर्जित/ अर्ध वेतन अवकाश खाते का शेष /
EL/HPL in Account:

आवेदित अर्जित / अर्ध वेतन अवकाश का विवरण /
EL/HPL Applied for:

शेष अर्जित/ अर्ध वेतन अवकाश
EL/HPL Balance :

सह-अधिष्ठाता / लेखाधिकारी /
Associate Dean: _____Accounts Officer: _____

अधिष्ठाता /Dean: _____

निदेशक /Director: _____