

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
APPLICATION FORM FOR GRANT OF LEAVE (OTHER THAN CASUAL LEAVE)

कार्यालय मुख्य नर्सिंग अधिकारी
OFFICE OF THE CHIEF NURSING OFFICER

1. आवेदक का नाम
Name of the applicant : _____

2. पदनाम एवं विभाग
Designation & Department : _____

3. अपेक्षित अवकाश की अवधि एवं दिनों की संख्या
No. of Days & Period of Leave required : _____

4. आवेदक अवकाश की प्रकृति
Nature of Leave required : _____

5. अवकाश हेतु अपेक्षित कारण
Reasons for grant of leave : _____

6. क्या स्टेशन छोड़ने की अनुमति भी चाहिए ?
Whether permission is also need to leave the Station ? : _____

7. अवकाश के दौरान घर/डाक का पता
Residential/Postal address during leave period : _____

8. यदि यात्रा रियायत भी चाहिए तो ब्लॉक वर्ष भी लिखें
Indicate Block Year, if travel concession is required : _____

8-1. कृपया परिवार के सदस्यों का ब्यौरा दें।
Give details of Family Member : _____

2. अपने पति के रोजगार का प्रमाण पत्र दें।
Give certificate of your husband's employment : _____

9. यदि प्रसूति अवकाश के लिए आवेदन किया है तो इस तथ्य की घोषणा करें कि मेरे जीवित बच्चों की संख्या 2 से कम है और यह मेरा प्रथम/दूसरा प्रसूति अवकाश है।
If applied for maternity leave Declaration for Materity leave That I have less than two surviving Children and this is my first/Second Maternity leave : _____

मुख्य नर्सिंग अधिकारी
Chief Nursing Officer

क्या अवकाश की सिफारिश की गई ?
Leave is recommended

पदनाम सहित आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of the applicant
with designation

Department

दिनांक
Dated the
प्रभारी अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the A.N.S. / Sister Incharge