

आई.सी.एम.आर- राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान

□□□□-□□□□□□□□ □□□□□□□□ □□ □□□□□□ □□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□

चाइल्ड केयर लीव हेतु आवेदन

APPLICATION FOR CHILD CARE LEAVE

1. आवेदक का नाम : _____
Name of the Applicant : _____
2. पदनाम : _____
Designation : _____
3. विभाग / कार्यालय / अनुभाग : _____
Dept./Office/Section : _____
4. बच्चे का नाम जिनके देखभाल अवकाश हेतु आवेदन किया गया है : _____
Name of Child for whom Child Care leave is applied for : _____
5. बच्चे की जन्म तारीख/ Date of Birth of the Child : _____
6. जिस तिथि पर संतान प्राप्ति होगी/ Date on which child will be attaining: _____
अठारह वर्ष/ 18 years. : _____
7. क्या बच्चा दो संतानों में से सबसे बड़ा है : हाँ/ ना
Is the child among the two eldest Children : Yes/No
8. क्रेडिट में ईएल (तिथि के अनुसार)/ EL in credit (as on date) : _____
9. अवकाश की अवधि- दिन : From _____ To _____
अवकाश का पूर्वयोजन/ अनुयोजन, यदि कोई हो : _____
Period of Leave- Days : From _____ To _____
Prefix/Suffix of holidays, if any : _____
10. छुट्टी के लिए आवेदन करने का कारण : _____
Reason(s) for leave applied for : _____
11. अब तक के कुल प्राप्त किए गए चाइल्ड केयर लीव : _____
Total Child Care Leave availed till date : _____
12. (क) क्या छोड़ने की अनुमति है : हाँ / नहीं
स्टेशन की आवश्यकता है : _____
(a) Whether permission to leave, station is required : Yes/No
(बी) यदि हां, इस दौरान पता : _____
अवकाश अवधि : _____
(b) If Yes, Address during : _____
leave period : _____
13. अंतिम अवकाश से लौटने की तिथि : _____
स्वरूप और उस अवधि की अवधि : _____
Date of return from last leave : _____
& nature and period of that leave : _____

दिनांक:
Date : _____

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of applicant
पे कार्ड न./ Pay Card No. _____

नियंत्रक अधिकारी की टिप्पणी

Remarks of Controlling Officer

अनुसंधित अवकाश/ बिना अनुसंधित अवकाश के
Leave Recommended / Leave Not Recommended.

दिनांक /Date: _____

हस्ताक्षर/ Signature: _____
पद/ Designation: _____
कार्यालय/Office: _____