

आई.सी.एम.आर- राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान
ICMR- NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES

स्टेशन छोड़ने की अनुमति हेतु आवेदन
APPLICATION FOR STATION LEAVE PERMISSION

1.नाम : _____
Name : _____
2.पद : _____
Designation : _____
3.प्रयोजन : _____
Purpose : _____
4.जब अधिकारी स्टेशन छोड़ने का प्रस्ताव रखता है : _____
(दिनांक और समय)
When the officer proposes to leave station : _____
(Date & Time)
5.जब अधिकारी स्टेशन वापस आने का प्रस्ताव रखता है : _____
(दिनांक और समय)
When the officer proposes to return to the station : _____
(Date & Time)
6.स्टेशन से अनुपस्थिति के दौरान पता : _____
Address during absence from the station : _____

मोबाइल न. : _____

Mobile No.: _____

दिनांक : _____

हस्ताक्षर: _____

Date : _____

Signature : _____

नाम, पद, स्थानापन्न आधिकारिक/अधिकारी जिनका कर्तव्य हो/
कार्यभार सौपना :

Name, Designation, substitute official/

officials to whom the duties/ responsibilities are handed over: _____

स्टेशन छुट्टी की अनुमति दी गई/ नहीं दी गई
Station Leave Permission Granted/ Not Granted

दिनांक: _____

Date: _____

निदेशक

आई.सी.एम.आर-एन.आई.सी.ई.डी