

आई सी एम आर- राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान, कोलकाता
ICMR- National Institute of Cholera & Diseases, Kolkata

आकस्मिक छुट्टी / प्रतिबंधित अवकाश लेने के लिए आवेदन पत्र
Application for CASUAL LEAVE/ RESTRICTED HOLIDAY

दिनांक/Date:-

1. आवेदक का नाम (पूरा नाम)
Name of subscriber (In Block letter)
2. पदनाम 3. विभाग
Designation Department
4. आकस्मिक छुट्टी दिनों के लिए दिनांक से तक
Casual Leave for Days(s) From/ on
5. कारण, इत्यादि
Reasons, etc
6. पता
Adress

.....
आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of applicant

कार्यालय टिप्पणी
OFFICE NOTE

स्वीकृत/ sanctioned

कृते/ For Director