



# केन्द्रीय यूनानी चिकित्सा अनुसंधान परिषद

CENTRAL COUNCIL FOR RESEARCH IN UNANI MEDICINE مرکزی کونسل برائے تحقیقات طب یونانی

Ministry of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), Government of India

## आकस्मिक/प्रतिपूरक अवकाश अथवा प्रतिबंधित अवकाश के लिए आवेदन Application for Casual / Compensatory Leave or Restricted Holiday

1. आवेदक का नाम/ Name of Applicant :- .....
2. पदनाम / Designation :- .....
3. अनुभाग / Section :- .....
4. अवकाश की अवधि / Period of Leave :- .....
5. अवकाश का प्रकार / Nature of leave :- .....  
(यदि प्रतिपूर्ति, तो उचित कारण दें)/  
(If compensation, then give the proper justification )
6. जिस आधार पर अवकाश के लिए आवेदन किया/ Ground on which the leave applied for :- .....
7. स्टेशन छोड़ने की अनुमति आवश्यक है या नहीं/ Station leaving permission required or not :- .....
8. यदि हां, तो अवकाश के दौरान का पता दें / If yes, give the address during the leave :- .....
9. आवेदक के हस्ताक्षर / Signature of applicant :- .....

अवकाश स्वीकार्य या नहीं / Leave recommended or not recommended

प्रमाणित है कि उन्होंने ..... को अवकाश के दिन कार्य किया।  
Certified that he/she worked on ..... holiday.

अनुभाग प्रभारी के हस्ताक्षर/Signature of Section Incharge

### अवकाश की उपलब्धता का रिकॉर्ड / Record of availability of leave

सी.एल. / C.L.		आर.एच. / R.H.	
पात्रता/Entitled.....	दिन/Days	पात्रता/Entitled.....	दिन/Days
लाभ उठाया/Availed .....	दिन/Days	लाभ उठाया/Availed .....	दिन/Days
लागू/Applied.....	दिन/Days	लागू/Applied.....	दिन/Days
शेष/Balance.....	दिन/Days	शेष/Balance.....	दिन/Days

संबंधित लिपिक के हस्ताक्षर/Signature of the concerned clerk

अवकाश स्वीकृत किया गया/नहीं किया गया/ Leave sanctioned or not sectioned

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of the Competent Authority