



संख्या:पी एफ/ P.F.

रा-ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली-110067.

National Institute of Health and Family Welfare, New Delhi-110067.

दिनांक/Date:

ज्ञापन/ Memorandum

डा./श्री/श्रीमती/कु. _____ को एतद् द्वारा सूचित किया जाता है कि उन्हें निदेशक/उप-निदेशक(प्रशा.) द्वारा निम्नलिखित छुट्टी की मंजूरी दी गई है/Approval of the Director/Deputy Director (Admn.) is hereby conveyed to the grant of leave to Dr./Sh./Smt./Km. _____ as per details given below:

क्रमांक S.No.	छुट्टी का स्वरूप Nature of Leave	दिनों की संख्या No. of Days	अवधि Duration
1.	अर्जित अवकाश/Earned Leave		

उन्हें उपरोक्त छुट्टी की अवधि के साथ इससे पूर्व _____ की सरकारी छुट्टी/छुट्टियां तथा इस अवधि के पश्चात् _____ की सरकारी छुट्टी जोड़ने की अनुमति भी प्रदान की जाती है/ He/She has also been permitted to prefix _____ and suffix _____ being holidays to the leave.

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि डा./श्री/श्रीमती/कु..... जिस स्थान से छुट्टी पर गए थे/गई थी, छुट्टी के पश्चात् उनके उसी स्थान पर लौटने की संभावना है/थी। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि यदि वह छुट्टी पर न जाते/जाती तो वह उसी पद पर निरन्तर कार्य करते/करती जिस पद से वह छुट्टी पर गए थे/गई थी/It is certified that Dr./Sh./Smt./Km. _____ is/was likely to return for duty at the station from which he/she proceeds/proceeded on leave. Also certified that he/she would have continued to officiate in the same post of from which he/she proceed on leave.

उनके खाते में अभी _____ दिन का अर्जित अवकाश तथा _____ दिन का अर्धवेतन अवकाश शेष है/ _____ days Earned Leave and _____ days Half Pay Leave is still at his/her credit.

अनुभाग अधिकारी
Section Officer

लेखा अधिकारी/ Accounts Officer

विभाग/ Deptt./ अनुभाग/ Section _____

डा./श्री/श्रीमती/कु../Dr./Sh./Smt./Km. _____



संख्या:पी एफ/ P.F.

रा-ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली-110067.

National Institute of Health and Family Welfare, New Delhi-110067.

दिनांक/Date:

ज्ञापन/ Memorandum

डा./श्री/श्रीमती/कु. _____ को एतद् द्वारा सूचित किया जाता है कि उन्हें निदेशक/उप-निदेशक(प्रशा.) द्वारा निम्नलिखित छुट्टी की मंजूरी दी गई है/Approval of the Director/Deputy Director (Admn.) is hereby conveyed to the grant of leave to Dr./Sh./Smt./Km. _____ as per details given below:

क्रमांक S.No.	छुट्टी का स्वरूप Nature of Leave	दिनों की संख्या No. of Days	अवधि Duration
1.	परिणत अवकाश/Commutated Leave		

उन्हें उपरोक्त छुट्टी की अवधि के साथ इससे पूर्व _____ की सरकारी छुट्टी/छुट्टियां तथा इस अवधि के पश्चात् _____ की सरकारी छुट्टी जोड़ने की अनुमति भी प्रदान की जाती है/ He/She has also been permitted to prefix _____ and suffix _____ being holidays to the leave.

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि डा./श्री/श्रीमती/कु..... जिस स्थान से छुट्टी पर गए थे/गई थी, छुट्टी के पश्चात् उनके उसी स्थान पर लौटने की संभावना है/थी। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि यदि वह छुट्टी पर न जाते/जाती तो वह उसी पद पर निरन्तर कार्य करते/करती जिस पद से वह छुट्टी पर गए थे/गई थी/It is certified that Dr./Sh./Smt./Km. _____ is/was likely to return for duty at the station from which he/she proceeds/proceeded on leave. Also certified that he/she would have continued to officiate in the same post of from which he/she proceed on leave.

उनके खाते में अभी _____ दिन का अर्जित अवकाश तथा _____ दिन का अर्धवेतन अवकाश शेष है/ _____ days Earned Leave and _____ days Half Pay Leave is still at his/her credit.

अनुभाग अधिकारी
Section Officer

लेखा अधिकारी/ Accounts Officer

विभाग/ Deptt./ अनुभाग/ Section _____

डा./श्री/श्रीमती/कु../Dr./Sh./Smt./Km. _____



संख्या:पी एफ/ P.F.

रा-ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली-110067.

National Institute of Health and Family Welfare, New Delhi-110067.

दिनांक/Date:

ज्ञापन/ Memorandum

डा./श्री/श्रीमती/कु. _____ को एतद् द्वारा सूचित किया जाता है कि उन्हें निदेशक/उप-निदेशक(प्रशा.) द्वारा निम्नलिखित छुट्टी की मंजूरी दी गई है/Approval of the Director/Deputy Director (Admn.) is hereby conveyed to the grant of leave to Dr./Sh./Smt./Km. _____ as per details given below:

क्रमांक S.No.	छुट्टी का स्वरूप Nature of Leave	दिनों की संख्या No. of Days	अवधि Duration
1.	असाधारण अवकाश/E.O.L.		

उन्हें उपरोक्त छुट्टी की अवधि के साथ इससे पूर्व _____ की सरकारी छुट्टी/छुट्टियां तथा इस अवधि के पश्चात् _____ की सरकारी छुट्टी जोड़ने की अनुमति भी प्रदान की जाती है।/ He/She has also been permitted to prefix _____ and suffix _____ being holidays to the leave.

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि डा./श्री/श्रीमती/कु..... जिस स्थान से छुट्टी पर गए थे/गई थी, छुट्टी के पश्चात् उनके उसी स्थान पर लौटने की संभावना है/थी। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि यदि वह छुट्टी पर न जाते/जाती तो वह उसी पद पर निरन्तर कार्य करते/करती जिस पद से वह छुट्टी पर गए थे/गई थी।/It is certified that Dr./Sh./Smt./Km. _____ is/was likely to return for duty at the station from which he/she proceeds/proceeded on leave. Also certified that he/she would have continued to officiate in the same post of from which he/she proceed on leave.

उनके खाते में अभी _____ दिन का अर्जित अवकाश तथा _____ दिन का अर्धवेतन अवकाश शेष है।/ _____ days Earned Leave and _____ days Half Pay Leave is still at his/her credit.

अनुभाग अधिकारी
Section Officer

लेखा अधिकारी/ Accounts Officer

विभाग/ Deptt./ अनुभाग/ Section _____

डा./श्री/श्रीमती/कु../Dr./Sh./Smt./Km. _____



संख्या:पी एफ/ P.F.

रा-ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली-110067.

National Institute of Health and Family Welfare, New Delhi-110067.

दिनांक/Date:

ज्ञापन/ Memorandum

डा./श्री/श्रीमती/कु. _____ को एतद् द्वारा सूचित किया जाता है कि उन्हें निदेशक/उप-निदेशक(प्रशा.) द्वारा निम्नलिखित छुट्टी की मंजूरी दी गई है/Approval of the Director/Deputy Director (Admn.) is hereby conveyed to the grant of leave to Dr./Sh./Smt./Km. _____ as per details given below:

क्रमांक S.No.	छुट्टी का स्वरूप Nature of Leave	दिनों की संख्या No. of Days	अवधि Duration
------------------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------

2. अर्जित अवकाश/Earned Leave

उन्हें उपरोक्त छुट्टी की अवधि के साथ इससे पूर्व _____ की सरकारी छुट्टी/छुट्टियां तथा इस अवधि के पश्चात् _____ की सरकारी छुट्टी जोड़ने की अनुमति भी प्रदान की जाती है।/ He/She has also been permitted to prefix _____ and suffix _____ being holidays to the leave.

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि डा./श्री/श्रीमती/कु..... जिस स्थान से छुट्टी पर गए थे/गई थी, छुट्टी के पश्चात् उनके उसी स्थान पर लौटने की संभावना है/थी। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि यदि वह छुट्टी पर न जाते/जाती तो वह उसी पद पर निरन्तर कार्य करते/करती जिस पद से वह छुट्टी पर गए थे/गई थी।/It is certified that Dr./Sh./Smt./Km. _____ is/was likely to return for duty at the station from which he/she proceeds/proceeded on leave. Also certified that he/she would have continued to officiate in the same post of from which he/she proceed on leave.

उनके खाते में अभी _____ दिन का अर्जित अवकाश तथा _____ दिन का अर्धवेतन अवकाश शेष है।/ _____ days Earned Leave and _____ days Half Pay Leave is still at his/her credit.

अनुभाग अधिकारी
Section Officer

लेखा अधिकारी/ Accounts Officer

विभाग/ Deptt./ अनुभाग/ Section _____

डा./श्री/श्रीमती/कु../Dr./Sh./Smt./Km. _____

