

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर

Tatibandh, GE Road Raipur, Chhattisgarh - 492 099

Leave Application Form for Senior Resident (Academic)- PDCC

| To, | | | |
|---------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|
| ······ | | | |
| एम्स, रायपुर (छ.ग.) | | | |
| AIIMS, Raipur (C.G.) | | | |
| (उचित माध्यम द्वारा) | | | |
| (Through proper chann | el) | | |
| विषय :- अवकाश हेतु आवे | ोदन पत्र। | | |
| Subject:- Application | | | |
| आदरणीय महोदय/महोदय | Т. | | |
| | | कारण से र्ा | देनांकसं |
| तक कुल वि | देवस के लिए कार्यलय आने | ो में असमर्थ हूँ। कृपया मुझे | उपरोक्त अवधि के लिए |
| अवकाश देने की कृपा करे | I | | |
| Respected Sir/Madam, | | | |
| With due resp | pect, I submit that | I am unable to | attend office due to |
| ••••• | from | tofor | . days. Kindly grant me |
| leave for the mentioned | period. | | |
| मुख्यालय छोडने की अनुर्मा | ते— हॉं / नही Permiss | sion to leave HQ requi | red: Yes/No |
| | | | |
| उतन अवधि में मैं | निम्न पते पर उपलक्ष रहें। | ग (मुख्यालय फोड्से की सि | थिति में) / During abov |
| | all be availab | | |
| period, i sila | ui be avallab | ie in the | following address |
| ••••• | | •••••• | |
| आवेदक का हस्ताक्षर/ | | निवारक का हस्ताक्षरः | |
| Signature of | | Signature of Reliever: | |
| Applicant: | | | |
| आवेदक का नाम / | | निवारक का नाम | |
| Name of Applicant: | | Reliever Name: | |
| पदनाम/Designation: | | पदनाम/Designation: | |
| विभाग/ Department: | | विभाग / Department: | |
| मोबाइल नं./ Mobile No. | | मोबाइल न./Mobile No. | |
| स्वीकृति Sanctioned; | / स्वीकृति नहीं Not san | ectioned: | |
| ^ | | | |
| विभागाध्यक्ष / HoD, | ••••• | हस्ताक्षर / Signatı | ıre: |



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RAIPUR

Tatibandh, GE Road Raipur, Chhattisgarh - 492 099

पी.डी.सी.सी. (आकेदमिक सीनियर रेसीडेंट) अवकाश विवरण / Leave Record of PDCC (Academic Senior Resident):

प्रथम वर्ष / One year: (To be filled by Department)*

| LWP Period (if any):- | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Remark:- During the term of employment, he/she will be entitled for leave as under:

• One year Fellowship Program: 24 days leave.

*Please mention previous leave detail in the form.