

सी.सी.एस. (लीभ) रूल्स
एस.आर.-1
CCS (Leave) Rules
S.R.-1
(नियम 14 देखिए)
(See Rule 14)

छुट्टी के लिए या छुट्टी के विस्तार के लिए आवेदन
APPLICATION FOR LEAVE OR FOR EXTENSION OF LEAVE

1. प्राथी का नाम:
Name of the applicant:
2. पदनाम:
Post held:
3. विभाग/कार्यालय/अनुभाग:
Department, Office and Section:
4. वेतन:
Pay:
5. वर्तमान पद पर मिलनेवाला मकान भत्ता, सवारी भत्ता या अन्य प्रतिकर भत्ते:
House rent and other compensatory allowances drawn in the present post:
6. मांगी गई छुट्टी की किस्म अवधि और उसके शुरू होने की तारीख:
Nature and period of leave applied for and date from which required:
7. रविवार और छुट्टी के दिन, यदि कोई हो, जिन्हें छुट्टी से पहले बाद में जोड़ना चाहते हैं:
Sundays and Holidays, if any proposed to be prefixed/suffixed to leave
8. छुट्टी का कारण:
Grounds on which leave is applied for:
9. पिछले छुट्टी से लौटने की तारीख, उस छुट्टी को किस्म तथा अवधि:
Date of return from last leave on the nature and period of that leave:
10. मेरा विचार आगामी छुट्टी में.....के खंड वर्षों के लिए छुट्टी यात्रा की रियायत लेने का है/नहीं है।
I propose/do not propose to avail myself of leave travel concession for the block years during the ensuing leave:
11. पता, छुट्टी के अवधि में:
Address during leave period:

प्रार्थी का हस्ताक्षर(तारीख सहित)
पदनाम
Signature of Applicant (With date)
Designation

कृ.प.उ./
P.T.O.

12. नियंत्रण अधिकारी की टिप्पणी और/या सिफारिश

Remarks and / or recommended from Controlling Officer:

हस्ताक्षर तारीख सहित

पदनाम

Signature (with date)

Designation

छुट्टी की अनुमति के बारे में प्रमाणपत्र

CERTIFICATE REGARDING ADMISSIBILITY OF LEAVE

13. प्रमाणित

किया

जाता

है

कि.....से.....तक

.....दिन के

लिए.....

नियमावली के नियम.....के

अधीन.....

.....अनुमत्य है।

हस्ताक्षर (तारीख सहित)

पदनाम

Certified

that

(Nature of leave)

for.....(period

from.....to.....)

is admissible under Rule of the Central Civil Services (Leave) Rules 1972

Signature (With date)

Designation

14. *स्वीकृति देने वाले अधिकारी के आदेश:

Orders of the authority competent to grant leave:

हस्ताक्षर (तारीख सहित)

पदनाम

Signature (With date)

Designation

*यदि प्रार्थी को कोई प्रतिकर भत्ता मिलता है, तो मंजूरी देने वाले अधिकारी को यह लिखना चाहिए कि छुट्टी होने पर प्रार्थी उसी पद पर या किसी ऐसे पद पर लौटने की आशा है, या नहीं, जहां इसी प्रकार भत्ता मिलता है।

*If the applicant is drawing any compensatory allowance, it should also be indicated in the orders that on expiry of leave, the Government servant is likely to return to the same post or to another post carrying similar allowance.

चित्तरंजन राष्ट्रीय कैंसर संस्थान
CHITTARANJAN NATIONAL CANCER INSTITUTE
37, एस.पी. मुखर्जी रोड, कोलकाता- 700026/37 S.P. Mukherjee Road, Kolkata-26

कार्यभार ग्रहण रिपोर्ट
Joining Report

सेवा में/To

निदेशक/ The Director

सी.एन.सी.आई., कोलकाता-26/C.N.C.I., Kolkata-26

महोदय/महोदया,
Sir/Madam,

निवेदन है कि आज मैं दिनांक _____ पूर्वाह्न/अपराह्न को स्वीकृत अवकाश दिनांक _____ को _____
_____ के लिए दिनांक _____ से _____ तक के समाप्ति बाद से कार्यभार ग्रहण करना चाहता हूँ।

I _____ (Name with designation) beg to report for duty in the F.N. / A.N. of _____ after expiry of leave
granted on _____ for _____ from _____ to _____.

भवदीय

Yours faithfully

हस्ताक्षर (पदनाम के साथ)

Signature (with designation)

FORM : 4

***MEDICAL CERTIFICATE FOR LEAVE OR EXTENSION OF LEAVE OR
COMMUTATION OF LEAVE***

Signature of the Government servant _____

I, _____ after careful personal examination of the case hereby certify that Shri/Smt./Kum. _____ whose signature is given above, is suffering from _____ and I consider that period of absence from duty of _____ with effect from _____ is absolutely necessary for the restoration of his / her health.

Place: _____

Date : / / 20

Signature of Treating Doctor of Hospital.
Seal of Doctor/Govt. Hospital

✂

FORM : 5

MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS TO RETURN TO DUTY

Signature of the Government Servant _____

We, the members of Medical Board,

I, _____ Civil Surgeon/Staff Surgeon, AMA/RMP do here by certify that We/I have carefully examined Dr. / Sri / Smt. / Kum _____ whose signature is given above and find that he/she recovered from his/her illness and is now fit to resume duties on _____ in Government Service. We/I also certify that before arriving at this decision, We/I have examined the original medical certificate(s) and statement(s) of the case (or certified copies thereof) on which leave was granted or extended and have taken these into consideration in arriving at my/our decision.

Place: _____

Date : / / 20

Signature of Treating Doctor of Hospital.
Seal of Doctor/Govt. Hospital