## भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान (भारतीय खनि विद्यापीठ), धनबाद Indian Institute of Technology (Indian School of Mines), Dhanbad

मैं काटने के उपरांत आज दिनांक	पटलाम 🏗	- A
· · - · · · · · · · · · · · · · · · · ·	(पर्वास्त्र (राजास्त्र) कर्मा क	का (अवकाश की प्रकृति) से तव
के दौरान पीफिक्स/ प्रवंत्रस्य के एवं अफिल	(पूर्वाक्षन /अपरोक्षन) अपना ड्यूटा प ारा/ अनुलग्न के रूप में थी उन्हे पूर्वलग्न एवं	र उपस्थित हो गया हूँ। निम्नलिखित तिथियाँ जो मेरे अवका
प्रीफिक्स/ पूर्यलग्न:	त्ति अनुलान क रूप में था उन्हें पूर्वलग्न एव	
	- त्र भी संलग्न है। (चिकित्सा अवकाश के मामले	सफिक्स/ अनुलग्न:
दिनांक:	त्र ना संस्थान है। (धायस्ता अवकाश के माम्ह	т н)
		हरताक्षर
		नाम
		पदनाम
		विभाग / अनुमाग
		संपर्क
		ई– मेल
	विभागाध्यस / अनुभाग / नियंत्रक अधिकारी	द्वारा प्रमाण पत्र
प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/	डॉने दिनांक_	(पूर्वाहन/अपराहन) में अवकाश से वापसी के बाद
अपना कार्यभार ग्रहण कर लिया है।		
दिनांक :		हस्ताक्षर
व्याकः		नाम
***************************************		
*जो लागू न हो उसे काट दें।		
	Joining Report After Availing	Leave
Desiç	gnation after	(Nature of Leave) availing
from to	(Days) hereby report fo	r duty in the F.N. / A.N. ofThe
ollowing dates which were Holiday	s/ Sunday/ Saturday may kindly be	prefixed / suffixed:
Prefixed:	Suffixed:	
I am also enclosing herewith Me		
I am also enclosing herewith Me. grounds).		
ol am also enclosing herewith Me grounds).		
grounds).		
grounds).		ificate. (Application in case of leave on medical
grounds).		ificate. (Application in case of leave on medical
grounds).		ificate. (Application in case of leave on medical  Signature  Name
grounds).		Signature Name Designation
grounds).		Signature  Name  Designation  Contact No.
Date:	dical Certificate/Medical Fitness cert	Signature  Name  Designation  Contact No.  E-mail
Date:		Signature  Name  Designation  Contact No.  E-mail
prounds).  Date:  Certific:	dical Certificate/Medical Fitness cert	Signature Name Designation Contact No E-mail
prounds).  Date:  Certific:	dical Certificate/Medical Fitness cert	Signature Name Designation Contact No E-mail
prounds).  Date:  Certific:	dical Certificate/Medical Fitness cert	Signature Name Designation Contact No E-mail
Certificate that Mr./Mrs./Dr	dical Certificate/Medical Fitness cert	Signature
grounds).  Date:  Certificater	dical Certificate/Medical Fitness cert	Signature Name Designation Contact No E-mail n/ Controlling_officer
grounds).  Date:  Certificater	dical Certificate/Medical Fitness cert	Signature
prounds).  Date:  Certific:	dical Certificate/Medical Fitness cert	Signature