

क्रमांक—

दिनांक—

कार्यालय आदेश

स्थानीय विद्यालय में कार्यरत निम्न कार्मिक का उनके द्वारा प्रस्तुत रोग प्रमाण पत्र तथा आरोग्य प्रमाण पत्र एवम् अवकाश आवेदन पत्र के आधार पर निम्नानुसार परिवर्तित अवकाश स्वीकृत किया जाता है—

क्र.सं.	कार्मिक का नाम	अवकाश का प्रकार	अवधि			परिवर्तित अवकाश	कारण
			से	तक	दिन		

प्रतिलिपि—

1. सम्बन्धित श्री.....
2. निजी पंजिका श्री.....
3. लेखा शाखा ।
4. कार्यालय प्रति ।