



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मध्यप्रदेश

लिंग रोड-3, पत्रकार कॉलोनी, पिन कोड-462001



क्र./एनएचएम/का.प्र./2021/
प्रति,

भोपाल, दिनांक 15/09/2021

समस्त क्षेत्रीय संचालक,
समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
समस्त उप संचालक, एन.एच.एम./संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं
मध्यप्रदेश।

विषय : राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश में कार्यरत संविदा अधिकारियों/कर्मचारियों के अर्जित अवकाश के संबंध में।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश के संविदा मानव संसाधन मैनुअल-2021 (संसोधन) की कंडिका 7.2 में संविदा अधिकारियों/कर्मचारियों के लिए 15 दिवस की अर्जित अवकाश हेतु पात्रता/गणना निम्नानुसार निर्धारित की जाती है।

1. संविदा कर्मियों को अर्जित अवकाश की पात्रता 01 अप्रैल से 31 मार्च तक की अवधि तक होगी, किन्तु आगामी वर्ष में इसे गणना में सम्मिलित नहीं किया जावेगा।
2. अर्जित अवकाश आवेदन 15 दिवस पूर्व निर्धारित प्रपत्र में उचित माध्यम से प्राप्त होने पर सक्षम अधिकारी द्वारा स्वीकृत किया जायेगा।
3. संविदाकर्मी द्वारा एक माह अर्थात (30 दिवस) कार्य करने पर 1.25 दिवस के अर्जित अवकाश की पात्रता होगी।
4. संविदा में कार्यरत अधिकारी/कर्मचारी का अनुबंध होने के पश्चात ही अर्जित अवकाश की पात्रता होगी, अवकाश आवेदन का प्रारूप संलग्न हैं।

(मिशन संचालक, एन.एच.एम. द्वारा अनुमोदित)

Digitally signed by PANKAJ SHUKLA
Date:Wed Sep 15 12:44:27 IST 2021
Reason:Approved

डॉ पंकज शुक्ला
संचालक, एन.एच.एम.
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक 15/09/2021

क्र./एनएचएम/का.प्र./2021/
प्रतिलिपि सुचनार्थ प्रेषित:

1. मिशन संचालक, एन.एच.एम., भोपाल म.प्र.।
2. संचालक,एस.ई.आई.आर.सी. भोपाल म.प्र.।
3. संचालक, वित्त, एन.एच.एम., भोपाल म.प्र.।
4. समस्त अपर संचालक/संयुक्त संचालक, एन.एच.एम./संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं,भोपाल म.प्र.।
5. मुख्य प्रशासकीय अधिकारी, एन.एच.एम., भोपाल म.प्र.।
6. उपसंचालक आई.टी. एन.एच.एम. की और पोर्टल पर अपलोड करने हेतु।

संचालक, एन.एच.एम.
मध्यप्रदेश



National Health Mission

Madhya Pradesh

Application For Earned Leave Form

(For State Head Office)

Date-

1	Name of leave Applicant:	
2	Present post held:	
3	Department :	
4	Present Salary:	
5	No. of days leave request:	From.....To
6	Sunday and holidays, if any proposed to be Prefix/Suffix to:	
7	Purpose for which leave is required:	
8	Date of last leave:	
9	Contact Address during leave period:	

Signature of the applicant with date & Designation

Remarks and Recommendation of DD/controlling officer	
DD Admin , Signature and Date	Signature and Date Director, NHM

- NOTE-**
- अर्जित अवकाश आवेदन 45 दिवस पूर्व निर्धारित प्रपत्र में उचित माध्यम से प्राप्त होने पर सभ्य अधिकारी द्वारा स्वीकृत किया जायेगा।
 - सविदाकर्मी द्वारा एक माह अवकाश (30 दिवस) कार्य करने पर 1.25 दिवस के अर्जित अवकाश की पात्रता होगी।
 - सविदा में कार्यरत अधिकारी/कर्मचारी का अनुसंधान होने के परभाव ही अर्जित अवकाश की पात्रता होगी।



**National Health Mission
Madhya Pradesh
Leave Application Form (CL/ML)
(For State Head Office)**

Date-

Name of leave Applicant:	
Name of Post:	
Place of Posting	
Number of days leave requested for	Casual Leave () Medical Leave ()
From:	
To:	
If half day:	
HQ leave:	
Reason for requesting leave:	
Contact Address during leave period:	
Phone Number:	
Signature of Leave Applicant and Date:	
Previously Leave Availed (To be filled in by Controlling Officer)	
Remark/Recommendation by (Deputy Director)	
Leave Record	
Last Balance- ()	
Availed- ()	
Balance- ()	
DD (ADMIN) Signature and Date	Director (NHM) Signature and Date



National Health Mission
Madhya Pradesh
Application For Earned Leave Form
 (For Division/District/Block Office)

Date-

1	Name of leave Applicant:	
2	Present post held:	
3	Department :	
4	Present Salary:	
5	No. of days leave request:	From.....To
6	Sunday and holidays, if any proposed to be Prefix/Suffix to:	
7	Purpose for which leave is required:	
8	Date of last leave:	
9	Contact Address during leave period:	

Signature of the applicant with date & Designation

Remarks and Recommendation of controlling officer	
In charge Officer , Signature and Date	Signature and Date, Competent authority (Seal)

- NOTES**
- अर्जित अवकाश आवेदन 15 दिवस पूर्व निर्धारित प्रारूप में उर्जा माध्यम से प्राप्त होने पर सक्षम अधिकारी द्वारा स्वीकृत किया जायेगा।
 - संबिदाकर्मी द्वारा एक माह अवकाश (30 दिवस) कार्य करने पर 1.25 दिवस के अर्जित अवकाश की परिकल्पना होगी।
 - संबिदा में कार्यरत अधिकारी/कर्मचारी का अनुक्रम होने के पर्यन्त ही अर्जित अवकाश की पात्रता होगी.



**National Health Mission
Madhya Pradesh**

Leave Application Form (CL/ML)
(For Division/District/Block Office)

Date-

Name of leave Applicant:	
Name of Post:	
Place of Posting	
Number of days leave requested for	Casual Leave () Medical Leave ()
From:	
To:	
If half day:	
HQ leave:	
Reason for requesting leave:	
Contact Address during leave period:	
Phone Number:	
Signature of Leave Applicant and Date:	
Previously Leave Availed (To be filled in by Controlling Officer)	
Remark/Recommendation by Controlling Officer.....	
Leave Record	
Last Balance- ()	
Availed- ()	
Balance- ()	
In charge Officer , Signature and Date	Signature and Date, Competent authority (Seal)