

ངལ་གསལ་ཁྱེ་བ་དང་གནང་བའི་འབྲི་ཤོག

ཆོས་གྲངས།

..... མཆོག་ལུ།

..... མིང་པས་ཁྱེ་གསལ། དེ་ཡང་ ང་ལུ་ གཤམ་གསལ་བཞིན་གྱི་ངལ་གསལ་གནང་སྟེ་

བཀའ་ཁྲིན་བསྐྱེད་བར་ཁྱེ།

རིམ་ ཨང་།	ངལ་གསལ་ཁྲིན་གྱི་བཀའ་	ངལ་གསལ་ཁྲིན་གྱི་གནང་ཁུ།	དུས་ལུག་			འབྲི་གསལ་
			འགོ་བཙུགས་ཆོས་ གྲངས།	མཐུག་བསྐྱེད་ཆོས་ གྲངས།	བསྐྱེད་ཁུ།	
༡	གསལ་ཁྲིན་འཛིན་ངལ་གསལ་					*
༢	སྒྲོ་བུར་ངལ་གསལ་					*
༣	མའི་ངལ་གསལ་					ལྷ་བ་ཁྲིན་ལྷ་སྒྲུག་ལྷ་སྒྲུག་
༤	ཕའི་ངལ་གསལ་					ལྷ་བ་ཁྲིན་ལྷ་སྒྲུག་ལྷ་སྒྲུག་
༥	སྒྲན་བཙུགས་ངལ་གསལ་					ལྷ་བ་ཁྲིན་ལྷ་སྒྲུག་ལྷ་སྒྲུག་

* ལྷ་མཆོན་བཀོད།

.....

ཁྱེ་ཡིག་ཕུལ་མིའི་མིང་རྒྱགས།

* ད་རིམ་གྱི་ཆོས་.....ལྷ་.....ཆོས་.....ལྷ་ལུ་ ཁྱེ་ཡིག་ཕུལ་མིའི་ལུ་ གསལ་ཁྲིན་འཛིན་ངལ་གསལ་ཁྲིན་གྱངས་.....དང་སྒྲོ་བུར་ངལ་གསལ་ཁྲིན་གྱངས་.....ལྷ་གཤམ་འདུག

ལྷ་བ་ཁྲིན་ལྷ་སྒྲུག་ལྷ་སྒྲུག་

ལྷ་བ་ཁྲིན་ལྷ་སྒྲུག་ལྷ་སྒྲུག་

མིང་རྒྱགས།
འབྲི་ཡོད་འགོ་དཔོན།

ལྷ་བ་ཁྲིན་ལྷ་སྒྲུག་ལྷ་སྒྲུག་

གནང་བ་གནང་ཁུ།

ལྷ་བཀོད་འབྲི་མིའི་མིང་རྒྱགས།

འཛིན་སྐྱོང་མིའི་མིང་རྒྱགས།

LEAVE REQUEST AND APPROVAL FORM

Date:

To :

From :

Kindly grant me leave as follows:

SN	Type of Leave	Select to Avail	Duration			Remarks
			Start Date	End Date	Total	
1	Earned Leave					*
2	Casual Leave					*
3	Maternity Leave					Attach evidence
4	Paternity Leave					Attach evidence
5	Medical Leave					Attach evidence

* **Submit reasons:**

.....

Signature of Applicant

* Until today, the (.....date) of (.....month), (.....year), the applicant has days of earned leave, and days of casual leave remaining.

Recommended

Not Recommended

Signature
Official Concerned

Recommended by:

Approved by:

Signature of supervisor

Signature of approving authority