

ངལ་གསོའི་ཁྱ་བ་དང་གནང་བའི་འབྲི་ཤོག

ཆོས་གངས།.....

..... མཆོག་ལུ།

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

བཀའ་འདྲིན་བསྐྱེད་བར་ཁྱ།

རིམ་ ཨང་།	ངལ་གསོའི་དབྱེ་བ།	ངལ་གསོའི་ གདམ་ཁ།	དུས་ལུག་།			འབྲི་གསོ།
			འགོ་བཙུགས་ཆོས་ གངས།	མཐུག་བསྐྱེད་ཆོས་ གངས།	བསྐྱེད་མས།	
༡	གསོག་འཛོག་ངལ་གསོ།					*
༢	གློ་བུར་ངལ་གསོ།					*
༣	མའི་ངལ་གསོ།					ལྷ་བ་ཕྱིན་ལུར་སྐྱུགས་ལྷ་བ།
༤	ཕའི་ངལ་གསོ།					ལྷ་བ་ཕྱིན་ལུར་སྐྱུགས་ལྷ་བ།
༥	སྐན་བཙུག་ངལ་གསོ།					ལྷ་བ་ཕྱིན་ལུར་སྐྱུགས་ལྷ་བ།

* ལྷ་མཆོན་བཀོད།

.....

ཁྱ་ཡིག་ཕུལ་མིའི་མིང་རྟགས།

* ད་རིས་སྤྱི་ཆོས་.....ལྷ་.....ཆོས་.....ལྷ་ལུ་ ཁྱ་ཡིག་ཕུལ་མིའི་ལུ་ གསོག་འཛོག་ངལ་གསོ་ཉིན་གངས་.....དང་གློ་བུར་ངལ་གསོ་ཉིན་གངས་.....ལྷ་ག་ལུས་འདུག

རྒྱ་བ་ཕྱིན་ལུར་ལོད།

རྒྱ་བ་ཕྱིན་ལུར་མེད།

མིང་རྟགས།
འབྲེལ་ཡོད་འགོ་དཔོན།

རྒྱ་བ་ཕྱིན་ལུར་འབད་མི།

གནང་བ་གནང་མི།

ལྷ་བཀོད་འབད་མིའི་མིང་རྟགས།

འཛིན་སྐྱོང་བའི་མིང་རྟགས།

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