



గ్రామ - వార్డు సచివాలయము
ఆంధ్రప్రదేశ్ ప్రభుత్వం



CL APPLICATION FORM

Name of the Employee :

Designation :

Working Place : Grama Sachivalayam_____

Total No.of CLS : 15

No.of CLs availed :

No.of CLs now required :

Date of CL :

Cause for CL :

No.of CLs balance :

Signature of the Employee :

Issuing Authority :