

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH

मांग पर्ची
REQUISITION SLIP

अधिकारी का नाम आयु
1. Name of Officer Age.....

पदनाम Extension No.....
2. Designation.....

E-mail Room No.....
3. E-mail

दूरभाष मोबाईल
4. Phone Number (Mobile).....

मूल वेतन + एनपीए (यदि ग्रह्य हो):
5. Basic Pay + NPA (if admissible).....

दिल्ली से दिनांक उडान स. /रेलगाडी स..... समय.....
Delhi to Date..... FLt. No./T.No..... Time.....

.....से दिल्ली को दिनांक उडान स./रेलगाडी स..... समय.....
From..... To Delhi Date..... Flt No./T.No..... Time.....

दिनांक
Date:

अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Officer

सक्षम प्राधिकारी द्वारा मंजूर किए गए दौरे के कार्यक्रम की प्रति संलग्न की जानी है जहां लागू हो
Copy of sanction of tour programme by the competent Authority to be
enclosed, wherever applicable.

प्रतिलिपि अनुभाग अधिकारी (प्रशासन-11)

Copy to : Sh. Amiruddin SO (Admn II), Extn.384