

परिशिष्ट- '15'
APPENDIX- 'XV'

चिकित्सालय का बदलना
TRANSFER OF DISPENSARY

(तीन प्रतियों में)
(In triplicate)

1. पहचान पत्र सं.
No. of the Identity Card
2. सरकारी कर्मचारी का नाम
Name of Government servant
3. मंत्रालय/ विभाग/ कार्यालय का नाम
Name of Ministry/Department/Office
4. पिछले निवास स्थान और चिकित्सालय का पता
जहां से बदली हुई
Previous Residential address and Dispensary
from which transferred
5. नये निवास स्थान का पता
New Residential address
6. सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान
Signature/ Thumb impression of Govt. servant
7. जारीकर्ता अधिकारी द्वारा आबंटित नया चिकित्सालय
New Dispensary allotted by the Issuing authority
8. जारीकर्ता अधिकारी के हस्ताक्षर तथा पदनाम
(टेलीफोन नं. सहित)
Signature and Designation of Issuing authority
(with Tel. No.)
9. जिस चिकित्सालय से बदली हुई है, उसके प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer In-charge of Dispensary from
which transferred
10. जिस चिकित्सालय में बदली हुई है, उसके प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer In-charge of Dispensary to
which transferred