

संयुक्त घोषणा **JOINT DECLARATION**

श्री/श्रीमती/डॉ. _____ जो राष्ट्रीय
प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, जेएम स्ट्रीट, परेल, मुंबई 400 012 में कार्यरत हैं
और श्री/श्रीमती
_____ जो
_____ में कार्यरत
हैं, संयुक्त रूप से घोषणा करते हैं कि हमारे द्वारा दावा किए गए अवकाश यात्रा
रियायत/चिकित्सा प्रतिपूर्ति/शिक्षण शुल्क/व्यक्तिगत वेतन परिवार नियोजन के खाते के दावों
का लाभ श्री/श्रीमती/डॉ.
_____ द्वारा उठाया जाएगा,
न कि श्री/श्रीमती/डॉ. _____ द्वारा।

Mr./Mrs./Dr. _____ working in the National Institute
for Research in Reproductive and Child Health, J. M. Street, Parel, Mumbai 400 012 and Mr./Mrs.
_____ working in
_____ jointly declare that the claims of the account
of Leave Travel Concession / Medical Reimbursement / Tuition Fee / Personal
Pay Family Planning claimed by us will be availed by
Mr./Mrs./Dr. _____ and not by
Mr./Mrs./Dr. _____ .

यदि कोई टिप्पणी हो Remarks, if any :-

- | | |
|--|--|
| 1. कर्मचारी का हस्ताक्षर Signature of
Employee: _____ | 1. कर्मचारी का हस्ताक्षर Signature of
Employee: _____ |
| 2. नाम Name: _____ | 2. नाम Name: _____ |
| 3. पदनाम Designation: _____ | 3. पदनाम Designation: _____ |
| 4. कार्यालय का पता Address of Office:

_____ | 4. कार्यालय का पता Address of Office:

_____ |

कार्यालय द्वारा घोषणा स्वीकार की गई
Declaration accepted by the office

कार्यालय द्वारा घोषणा स्वीकार की गई
Declaration accepted by the office

कार्यालय द्वारा हस्ताक्षर
Signature by the Office

कार्यालय द्वारा हस्ताक्षर
Signature by the Office

मूल प्रति विधिवत् हस्ताक्षरित तथा फाइल में दर्ज
Original duly signed and recorded in the file.