

आई सी एम आर - राष्ट्रीय प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान

फोटोकॉपी मांग प्रपत्र

दिनांक: ____ / ____ / 20____

इंडेंटर: नाम / विभाग _____

दस्तावेज का शीर्षक	पृष्ठों की संख्या	प्रतियों की संख्या
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

* कृपया अतिरिक्त अनुरोधों के लिए पृष्ठ का उपयोग करें.

आधिकारिक / परियोजना / व्यक्तिगत

कुल (पेज X प्रतियां) _____

अनुरोध स्वीकृत

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर _____

पुस्तकालय एवं सूचना अधिकारी

प्राप्त करने वाले के हस्ताक्षर _____

आई सी एम आर - राष्ट्रीय प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान

फोटोकॉपी मांग प्रपत्र

दिनांक: ____ / ____ / 20____

इंडेंटर: नाम / विभाग _____

दस्तावेज का शीर्षक	पृष्ठों की संख्या	प्रतियों की संख्या
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

* कृपया अतिरिक्त अनुरोधों के लिए पृष्ठ का उपयोग करें.

आधिकारिक / परियोजना / व्यक्तिगत

कुल (पेज X प्रतियां) _____

अनुरोध स्वीकृत

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर _____

पुस्तकालय एवं सूचना अधिकारी

प्राप्त करने वाले के हस्ताक्षर _____