

आय. सी. एम. आर. - राष्ट्रीय प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान
ICMR-NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
Indian Council of Medical Research
जे. एम. पथ, परेल, मुंबई - 400012.
J.M. Street, Parel, Mumbai-400012.

कार्यालयीन कामकाज हेतु परिवहन अनुरोध/Transport Requisition for Official Use

नाम/Name: _____

समय/Time : कितने बजे से/From _____ कितने बजे तक/To _____ दिनांक/Date : _____

कहा जाना है/Place(s) to be visited: _____

विमान क्र./Flight No.: _____ आने /जाने का समय/Arrival/Departure time: _____

यात्रा का उद्देश्य/Purpose of Journey : रा. प्र. ए. बा. स्वा. अ. सं./ भा. आ. अ. प. /अन्य/NIRRCH/ICMR/Other : _____

माँगकर्ता का नाम और हस्ताक्षर/Name of Indenter

विभाग प्रमुख/वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी/Signature of HoD/SAO

वाहन क्रमांक/Vehicle No.:

वाहन चालक का नाम/Name of Driver:

परिवहन प्रभारी के हस्ताक्षर/Signature of Transport-in-Charge

आय. सी. एम. आर. - राष्ट्रीय प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान
ICMR-NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
Indian Council of Medical Research
जे. एम. पथ, परेल, मुंबई - 400012.
J.M. Street, Parel, Mumbai-400012.

कार्यालयीन कामकाज हेतु परिवहन अनुरोध/Transport Requisition for Official Use

नाम/Name: _____

समय/Time : कितने बजे से/From _____ कितने बजे तक/To _____ दिनांक/Date : _____

कहा जाना है/Place(s) to be visited: _____

विमान क्र./Flight No.: _____ आने /जाने का समय/Arrival/Departure time : _____

यात्रा का उद्देश्य/Purpose of Journey : रा. प्र. ए. बा. स्वा. अ. सं./ भा. आ. अ. प. /अन्य/NIRRCH/ICMR/Other : _____

माँगकर्ता का नाम और हस्ताक्षर/Name of Indenter

विभाग प्रमुख/वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी/Signature of HoD/SAO

वाहन क्रमांक/Vehicle No.:

वाहन चालक का नाम/Name of Driver:

परिवहन प्रभारी के हस्ताक्षर/Signature of Transport-in-Charge