

TRANSFER OF DISPENSARY/औषधालय का स्थानांतरण
ADDRESS CHANGE / पता बदलना

1. सी.जी.एच.एस. कार्ड सं०/C.G.H.S. Card No _____
2. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं टेलीफोन नम्बर/
Name/Tel. No. of the Govt. Servant _____
3. मंत्रालय /विभाग /कार्यालय
Ministry/Deptt./Office
भा. कृ. अनु. प
I C A R
4. निवास का पुराना पता जहां से स्थानांतरण करवाना है
Previous residential address from which transferred : _____
5. नया आवासीय पता /New Residential Address _____
6. कर्मचारी के हस्ताक्षर /Signature of Govt. Servant _____
7. जारी करने वाले प्रधिकारी द्वारा आवंटित नया औषधालय/
New dispensary allotted by the issuing authority : _____
8. जारी करने वाले प्रधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम टेलीफोन नम्बर सहित /
Signature & Designation of issuing authority with telephone no.: _____
9. जहां से स्थानांतरण चाहिए उस औषधालय के प्रभारी चिकित्साअधिकारी के हस्ताक्षर /
Signature of Medical Officer Incharge Dispensary from which transferred:
10. जहां स्थानांतरित किया जाना है उस औषधालय के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर /
Signature of Medical Officer Incharge dispensary to which transferred: