

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद  
INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH  
मांग पर्ची  
REQUISITION SLIP

1. अधिकारी का नाम आयु  
Name of Officer.....Age.....

2. पदनाम  
Designation..... Extension No.....

3. E-mail..... Room No.....

4. दूरभाष मोबाईल  
Phone Number (Mobile) .....

5. मूल वेतन + एनपीए (यदि ग्रह्य हो) :  
Basic Pay + NPA (if admissible) .....

दिल्ली से ..... दिनांक..... उड़ान सं ..... समय .....  
Delhi to ..... Date..... Flt. No..... Time.....

..... से दिल्ली को दिनांक..... उड़ान सं ..... समय .....  
From.....to Delhi date..... Flt. No..... Time.....

दिनांक  
Date:

अधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Officer

सक्षम प्राधिकारी द्वारा मंजूर किए गए दौरे के कार्यक्रम की प्रति संलग्न की जानी है जहा लागू हो  
Copy of sanction of tour programme by the competent Authority to be  
enclosed, wherever applicable.

प्रतिलिपि अनुभाग अधिकारी (प्रशासन-II)

Copy to : Sh. Amiruddin, SO (Admn-II), Extn.

233