

राष्ट्रीय जनजाति स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान (भा.आ.अ.प.), जबलपुर-482003 (म.प्र.)
NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN TRIBAL HEALTH (ICMR), JABALPUR- 482003 (M.P.)

// कार्यभार ग्रहण/Charge Report //

प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने आदेश क्रमांक के अनुसार स्थानांतरण/
नियुक्ति/अवकाश के परिणामस्वरूप दिनांक को पूर्वाह्न/अपराह्न में पद का कार्यभार
ग्रहण/पुनर्ग्रहण/कार्यभार त्याग दिया है।

Certified that I have assumed/resumed/relinquished the charge of in the
forenoon/afternoon of consequent upon transfer/appointment/leave vide Order No.
.....

प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned

कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of employee :

नाम/ Name :

पदनाम/ Designation :

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

प्रतिलिपि /Copy to :

1. महानिदेशक, भा.आ.अ.प. अन्सारी नगर, पो.बॉ. 4911, नई दिल्ली- 110029 (प्रथम नियुक्ति और स्थानांतरण/पदस्थापना सह
नियुक्ति के मामलों में)
Director General, ICMR, Ansari Nagar, P.B. No. 4911, New Delhi (In case of first appointment/transfer/posting
cum-appointment)
2. वेतन देयक अनुभाग, राष्ट्रीय जनजाति स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, जबलपुर (सभी मामलों में)
Pay Bill Section, NIRTH, Jabalpur (In all cases)
3. लेखा अनुभाग, राष्ट्रीय जनजाति स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, जबलपुर (सभी मामलों में)
Accounts Section, NIRTH, Jabalpur (In all cases)