

राष्ट्रीय व्यावसायिक स्वास्थ्य संस्थान, मेघाणी नगर, अहमदाबाद-३८००१६

NATIONAL INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH, MEGHANI NAGAR, AHMEDABAD-380016

कार्यभार ग्रहण प्रतिवेदन

Taking Over Charge Report

मैं, डॉ/श्री/श्रीमती/कु. _____ ने दिनांक _____ से
दिनांक _____ तक _____ दिन के अर्जित अवकाश/परिवर्तित अवकाश/अर्द्ध वैतनिक अवकाश लेने के
बाद दिनांक _____ को पूर्वान्ह/अपरान्ह में _____ पद
पर कार्यभार ग्रहण कर लिया है।/I, Dr./Shri/Smt.Ku. _____
have taken over the charge for the post of _____ on the FN/AN
of the after availing EL/Comm.Leave/HPL for _____ days W.E.F. _____ to _____

अहमदाबाद/Ahmedabad

दिनांक/Date

हस्ताक्षर/Signature _____

नाम/Name _____

पदनाम/Designation _____

संख्या/No.: _____

प्रतिलिपि/Copy To:

1. लेखा अनुभाग/Accounts Section

3. भुगतान बीजक/Pay Bill

दिनांक/Date _____

2. स्थापना-२/Est-II

4. व्यक्तिगत मिसिल/Personal File

राष्ट्रीय व्यावसायिक स्वास्थ्य संस्थान, मेघाणी नगर, अहमदाबाद-३८००१६

NATIONAL INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH, MEGHANI NAGAR, AHMEDABAD-380016

कार्यभार सौंपना प्रतिवेदन

Handing Over Charge Report

मैं, डॉ/श्री/श्रीमती/कु. _____ ने दिनांक _____ से
_____ तक _____ दिन के अर्जित अवकाश/परिवर्तित अवकाश/अर्द्ध वैतनिक अवकाश पर जाते समय
दिनांक _____ को पूर्वान्ह/अपरान्ह में _____ पद
का कार्यभार सौंप दिया है।/I, Dr./Shri/Smt.Ku. _____ have handed
over the charge for the post of _____ on the FN/AN of the _____
while proceeding on EL/Comm.Leave/HPL for _____ days W.E.F. _____ to _____

अहमदाबाद/Ahmedabad

दिनांक/Date

हस्ताक्षर/Signature _____

नाम/Name _____

पदनाम/Designation _____

संख्या/No.: _____

प्रतिलिपि/Copy To:

1. लेखा अनुभाग/Accounts Section

3. भुगतान बीजक/Pay Bill

दिनांक/Date _____

2. स्थापना-२/Est-II

4. व्यक्तिगत मिसिल/Personal File