

आईसीएमआर-राष्ट्रीय व्यावसायिक स्वास्थ्य संस्थान, मेघाणी नगर, अहमदाबाद-380016

ICMR- National Institute of Occupational Health, Meghani Nagar, Ahmedabad-380016

कार्यभार ग्रहण प्रतिवेदन

Taking Over Charge Report

में, डॉ./श्री/श्रीमती/कु. _____ ने

दिनांक _____ से दिनांक _____ तक _____ दिन के अर्जित अवकाश/परिवर्तित अवकाश/अर्द्ध

वैतनिक अवकाश लेने के बाद दिनांक _____ को पूर्वाह्न/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:

हस्ताक्षर/Signature: _____

दिनांक/Date:

नाम/Name: _____

पदनाम/Designation: _____

संख्या/No.: _____

दिनांक/Date _____

प्रतिलिपि/Copy To:

1. लेखा अनुभाग/Accounts Section

2. स्थापना-2/Est-II

3. भुगतान बीजक/Pay Bill

4. व्यक्तिगत मिसिल/Personal File

आईसीएमआर-राष्ट्रीय व्यावसायिक स्वास्थ्य संस्थान, मेघाणी नगर, अहमदाबाद-380016

ICMR- National Institute of Occupational Health, Meghani Nagar, Ahmedabad-380016

कार्यभार सौंपना प्रतिवेदन

Handing Over Charge Report

में, डॉ./श्री/श्रीमती/कु. _____ ने

दिनांक _____ से दिनांक _____ तक _____ दिन के अर्जित अवकाश/परिवर्तित अवकाश/अर्द्ध

वैतनिक अवकाश पर जाते समय दिनांक _____ को पूर्वाह्न/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:

हस्ताक्षर/Signature: _____

दिनांक/Date:

नाम/Name: _____

पदनाम/Designation: _____

संख्या/No.: _____

दिनांक/Date _____

प्रतिलिपि/Copy To:

1. लेखा अनुभाग/Accounts Section

2. स्थापना-2/Est-II

3. भुगतान बीजक/Pay Bill

4. व्यक्तिगत मिसिल/Personal File