

भाभा परमाणु अनुसंधान केंद्र
BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE
(अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना)

(Contributory Health Service Scheme)

क्षेत्रीय औषधालय के बदलने हेतु आवेदन / Application for change of Zonal Dispensary

(कृपया लागू होने वाले बाक्स में इस प्रकार काट दें)

(Please cross thus in the applicable box)

भाग I : आवेदक द्वारा भरे जाने के लिए / PART I : To be filled in by the Applicant

प्रथम नाम/द्वितीय नाम/ कुल नाम First Name/ Middle Name/Last Name	पदनाम Designation	प्रभाग / अनुभाग Division/Section	वेतन बैंड में वेतन + ग्रेड वेतन Pay in Pay Band + Grade Pay	संगणक संकेत संख्या Comp. Code No.
श्री/श्रीमती/कुमारी/डॉ./ Shri/Smt/Kum/Dr./				

यूनिट जिसमें काम करते हैं Unit in which working	कर्मचारी सं. Employee No.	कार्यालय दूरभाष सं./ मोबाइल सं. Office Tel. No./ Mobile No.	सीएचएसएस / एमआरडी नं. CHSS/MRD No.	वर्तमान औषधालय Present Dispensary

	पुराना पता Old Address	नया पता New Address	औषधालय बदलने का कारण Reasons for change of Dispensary
निवास स्थान का पता Residential Address	बिल्डिंग का नाम: Bldg Name : फ्लैट/घर क्र.: Flat/House No. : क्षेत्र / मार्ग : Area/ Street : शहर: City : जिला: District : दूरभाष क्र.: Tel. No.:	बिल्डिंग का नाम: Bldg Name : फ्लैट/घर क्र.: Flat/House No. : क्षेत्र / मार्ग : Area/ Street : शहर: City : जिला: District : दूरभाष क्र.: Tel. No.:	
पिन कोड (अनिवार्य) Pin Code (Compulsory)			
औषधालय Dispensary	वर्तमान Existing :	नवीन अपेक्षित New Required :	

दिनांक:

Date :

आवेदक / Applicant

भाग II : प्रभागीय कार्यालय में उपयोग के लिए
Part II : For use in Divisional Office

अप्रेषित Forwarded

दिनांक Date :

सहायक कार्मिक अधिकारी /APO

प्रभाग Division.

सेवा में, सहायक कार्मिक अधिकारी, सीएचएसएस, भापअ केंद्र
To, APO, CHSS, BARC Hospital

(PTO)

भाग III: सीएचएसएस कार्यालय में उपयोग के लिए
Part III : For use in CHSS Office

संदर्भ Ref : सीएचएसएस CHSS/

दिनांक Date :

औषधालय आबंटित / आबंटित नहीं: _____ औषधालय/सीएचएसएस/एमआरडी सं. में कोई परिवर्तन नहीं होगा।

Dispensary Alloted / Not Allotted : _____ Dispensary. There will be no change in the CHSS/MRD No.

 सहायक कार्मिक अधिकारी /APO
 सीएचएसएस/ CHSS

To,

1. प्रभारी चिकित्सा अधिकारी _____ औषधालय: सीएचएसएस फाईल _____ औषधालय को स्थानांतरित करने हेतु।
 M.O.In-charge _____ Disp. : To transfer the CHSS file to _____ Dispensary
2. प्रभारी चिकित्सा अधिकारी _____ औषधालय,
 M.O.In-charge _____ Disp.,
3. उपर्युक्त आवेदक :सहायक कार्मिक अधिकारी, _____ प्रभाग /अनुभाग
 Applicant above named: APO, _____ Division/Unit.