



भा.कृ.अनु.प—राष्ट्रीय मृदा सर्वेक्षण एवं भूमि उपयोग नियोजन ब्यूरो
अमरावती रोड, नागपुर – 440033 (महाराष्ट्र)
क्षेत्रीय केन्द्र, नई दिल्ली / उदयपुर / बेंगलुरु / कोलकाता / जोरहाट



डिस्पेंसरी बदलने हेतु प्रपत्र
FORM FOR CHANGE OF
DISPENSARY

1. सीजीएचएस कार्ड सं
CGHS Card No.
2. लोक सेवक का नाम
Name of the Govt. servant
3. कार्यालय / विभाग
Office/Deptt.
4. आवासीय पता एवं डिस्पेंसरी जहां से स्थानांतरण करना है
Residential address and Dispensary from where transferred
5. नया आवासीय पता
New Residential Address
6. आवंटित किए गए नए डिस्पेंसरी का नाम एवं सं
Name and No. of new Dispensary allotted
7. लोक सेवक का हस्ताक्षर
Signature of Govt. Servant
8. निर्गतकर्ता प्राधिकारी का हस्ताक्षर एवं पदनाम (दूरभाष सहित)
Signature and Designation of Issuing Authority (with phone no.)
9. उस डिस्पेंसरी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर जहां से स्थानांतरण किया जाना है
Signature of Medical Officer Incharge of the Dispensary from where transferred
10. उस डिस्पेंसरी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर जहां पर स्थानांतरण किया गया
Signature of Medical Officer Incharge of the Dispensary where transferred

दिनांक / Dated :

हस्ताक्षर / Signature