

रेप्रोग्राफी यूनिट/REPROGRAPHY UNIT
रा-द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE
सरकारी कार्य हेतु मांग-पत्र/REQUISITION FOR OFFICIAL WORK

विभाग/अनुभाग DEPARTMENT/SECTION	तिथि एवं समय DATE & TIME
------------------------------------	-----------------------------

परियोजना का नाम/ NAME OF THE PROJECT

दस्तावेज का विवरण, (पृ ठों सहित) BRIEF DETAILS OF DOCUMENT WITH PAGINATION	अपेक्षित सेवायें (कृपया टिक करें) SERVICES REQUIRED (PLEASE TICK)
	प्रतियाँ/ COPIES ओएचपी ट्रांसपेरेंसीज/ OHP TRANSPARANCIES कॉम्ब/स्पायरल बाइंडिंग/COMB/SPIRAL BINDING* पी वी सी कवर/PVC COVER अन्य सेवायें/OTHERS

कुल पृ ठ/TOTAL PAGES	प्रतियों की संख्या/NO. OF COPIES
----------------------	----------------------------------

उद्देश्य (कृपया स्प ट करें) PURPOSE (PLEASE SPECIFY)	विशेष निर्देश (यदि कोई हो तो) SPECIAL INSTRUCTION (IF ANY)
---	---

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त सेवायें सरकारी कार्य हेतु अपेक्षित हैं। उपर्युक्त दस्तावेज की प्रति तैयार कराने हेतु मैं/हम उपरोक्त दस्तावेज के कॉपीराइट के बारे में जिम्मेदारी लेता हूँ/लेते हैं। / Certified that the services are required for official work. I/We hold the responsibility to the copy-right for reproducing the above document.

हस्ताक्षर/Signature:

द्वारा अनुमोदित/Approved By:
विभागाध्यक्ष/ Head of Deptt.

पदनाम/Designation:

प्रशिक्षण/कार्यशाला समन्वयकर्ता/प्रभारी परियोजना
Trg./Workshop Coordinator/In-Charge, Project

निदेशक द्वारा अनुमोदित/APPROVED BY THE DIRECTOR

(रेप्रोग्राफी यूनिट द्वारा प्रयोग हेतु/ TO BE USED BY THE REPROGRAPHY UNIT)

जॉब संख्या/Job No.

प्रक्रिया: जैरोक्स/प्रिन्ट्स/स्टेंसिल डुप्लीकेशन

दिनांक/Date

Process: Xerox/Copy Prints/Stencil Duplication

टिप्पणी/निर्देश (यदि हो तो)

स्टाफ जिसे कार्य सौंपा गया/Assigned to Staff:

Remarks/Instructions (if any):

दिनांक को सम्पन्न/ Completed on:

स्टाफ के हस्ताक्षर/Signature of Staff:

मूल प्रति सहित प्रतियाँ प्राप्त की
Received the Copies alongwith Original

तकनीकी अधिकारी
Technical Officer

हस्ताक्षर/Signature:

नाम/Name:

दिनांक/Date: