

आई.सी.एम.आर- राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान
००००- ०००००००० ००००००००० ०० ००००००० ००० ०००००००० ०००००००००
आधिकारिक दौरे के लिए अनुमति
०००००००००० ००० ०००००००० ००००

1. अधिकारी का नाम आयु
०००० ०० ०००००००.....०००.....
2. पदनाम विभाग
००००००००००.....००००००००.....
3. ई-मेल कमरा संख्या
०-००००..... ०००० ००.....
4. दूरभाष (मोबाइल न.)
००००० ००. (००००००.००).....
5. मूल वेतन+ एनपीए (यदि ग्राह्य हो)
००००० ०००+ ००० (०० ०००००००००).....

कोलकाता से.....दिनांक.....उड़ान सं./ रेलगाड़ी सं.....समय.....
००००००० ००.....००००.....००००.००./०.००.....००००.....

.....से दिल्ली को दिनांक.....उड़ान सं./ रेलगाड़ी सं.....समय.....
००००.....०० ००००००० ००००.....०००००./०.००.....००००.....

दिनांक
०००० :

अधिकारी के हस्ताक्षर
०००००००००० ०० ००० ००००००००

सक्षम अधिकारी द्वारा निमंत्रण पत्र/ दौरे के कार्यक्रम की प्रति संलग्न की जानी है
०००० ०० ०००००००००० ०००००००/ ०००० ०००००००००० ०० ००० ००००००००० ०००००००००० ०० ०० ०००००००००

निदेशक, आई.सी.एम.आर- एन.आई.सी.ई.डी.