

आई.सी.एम.आर- राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान
ICMR- NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
आधिकारिक दौरे के लिए अनुमति
PERMISSION FOR OFFICIAL TOUR

1. अधिकारी का नाम आयु
Name of Officer.....Age.....
2. पदनाम
Designation.....Extension No.....
3. ई-मेल कमरा संख्या
E-mail.....Room No.....
4. दूरभाष (मोबाइल न.)
Phone No. (Mobile.No).....
5. मूल वेतन+ एनपीए (यदि ग्राह्य हो)
Basic Pay+ NPA (if admissible).....

कोलकाता से.....दिनांक.....उड़ान सं./ रेलगाड़ी सं.....समय.....
Kolkata to.....Date.....Flt.No./T.No.....Time.....

.....से दिल्ली को दिनांक.....उड़ान सं./ रेलगाड़ी सं.....समय.....
From.....To Kolkata Date.....FltNo./T.No.....Time.....

दिनांक
Date :

अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Officer

सक्षम अधिकारी द्वारा निमंत्रण पत्र/ दौरे के कार्यक्रम की प्रति संलग्न की जानी है
Copy of Invitation Letter/ Tour programme by the competent authority to be enclosed

निदेशक, आई.सी.एम.आर- एन.आई.सी.ई.डी.