

राष्ट्रीय पर्यावरणीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
कमला नेहरू चिकित्सालय भवन,भोपाल

पदभार ग्रहण प्रतिवेदन

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने दिनांकपूर्वान्ह /अपरान्ह
मेंके पश्चात्(पद का नाम)
पद का पदभार पुनः ग्रहण/ग्रहण/पदत्याग किया है ।

प्रतिहस्ताक्षर
विभागाध्यक्ष/अनुभाग प्रमुख/
निदेशक (कृते विभाग प्रमुख)

हस्ताक्षर :.....
पूरा नाम एवं पद.....
पद.....
दिनांक

राष्ट्रीय पर्यावरणीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद
कमला नेहरू चिकित्सालय भवन,भोपाल

पदभार ग्रहण प्रतिवेदन

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने दिनांकपूर्वान्ह /अपरान्ह
मेंके पश्चात्(पद का नाम)
पद का पदभार पुनः ग्रहण/ग्रहण/पदत्याग किया है ।

प्रतिहस्ताक्षर
विभागाध्यक्ष/अनुभाग प्रमुख/
निदेशक (कृते विभाग प्रमुख)

हस्ताक्षर :.....
पूरा नाम एवं पद.....
पद.....
दिनांक

**NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN ENVIRONMENTAL HEALTH
INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH
Kamla Nehru Hospital Building, Bhopal – 462001**

CHARGE REPORT

Certified that I have resumed/ assumed / relinquished charge of the post of _____ in
the forenoon / afternoon of _____ consequent upon
_____ .

Countersigned
Head of Deptt./Section
Director(for Head of Deptt./ Section)

Signature _____

Full Name & Designation _____

Designation _____

**NATIONAL INSTITUTE FOR RESEARCH IN ENVIRONMENTAL HEALTH
INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH
Kamla Nehru Hospital Building, Bhopal – 462001**

CHARGE REPORT

Certified that I have resumed/ assumed / relinquished charge of the post of _____ in
the forenoon / afternoon of _____ consequent upon
_____ .

Countersigned
Head of Deptt./Section
Director(for Head of Deptt./ Section)

Signature _____

Full Name & Designation _____

Designation _____