

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