

परिशिष्ट - 4Appendix - 4

औषधालय का अन्तरण/पता परिवर्तन (3 प्रतियाँ भरे)
CHANGE OF DISPENSARY/CHANGE OF ADDRESS (3 COPIES TO BE FILLED IN)

1. सी.जी.एच.एस. कार्ड संख्या
CGHS Card No. : _____
2. सरकारी कर्मचारी का नाम
Name of the Government Servant : _____
3. विभाग/अनुभाग कार्यालय जिसमें नियुक्त हैं
Department/Office in which employed : _____
4. पहला आवासीय पता और औषधालय जिससे
अंतरण हुआ है
Previous residential address and : _____
dispensary from which transferred _____
5. नया आवासीय पता
New Residential Address : _____

6. सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
Signature/Thumb impression of Government:
Servant _____
7. जारी करने वाले प्राधिकारी द्वारा आबंटित नया औषधालय
New Dispensary allotted by the issuing authority: _____
8. जिस औषधालय से अंतरण हुआ है प्रभारी/
चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer/In-charge : _____
Dispensary from which transferred
9. जारी करने वाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम
Signature and designation of issuing authority: _____
10. जिस औषधालय को अंतरण हुआ है
उसके प्रभारी अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer In-Charge : _____
Dispensary to which transferred