



राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली-110067  
NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, NEW DELHI-10067

वाहन मांगपत्र/Transport Requisition

मांगपत्र सं/Requisition No. \_\_\_\_\_ तिथि/Date \_\_\_\_\_

विभाग/अनुभाग/Department/Section \_\_\_\_\_

प्रयोगकर्ता का नाम/Name of the User \_\_\_\_\_

वाहन किस तिथि को चाहिये/ Date on which vehicle is required \_\_\_\_\_

समय/Time: \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक

स्थान/Place कहां से/From \_\_\_\_\_ कहां तक/To \_\_\_\_\_

यात्रा का उद्देश्य/Purpose of journey \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

मीटिंग आदि का ब्यौरा \_\_\_\_\_

Details of meetings etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

विशेष निर्देश (यदि कोई हो तो) \_\_\_\_\_

Special Instruction (if any) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

लेखा शीर्ष/Head of A/c

1. योजना/गैर-योजना Plan/Non-plan

2. परियोजना का नाम Project's Name \_\_\_\_\_

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर/Sign. of HOD

मांगकर्ता के हस्ताक्षर/Sign. of Requisitioner

पदनाम/Designation \_\_\_\_\_

उप-निदेश (प्रशा.)/D.D.(A)

वाहन दिया जाये/न दिया जाये/Vehicle may be/may not be provided.

वाहन संख्या/ Vehicle No. \_\_\_\_\_ दिया गया/ provided.

अनुभाग अधि.(सा.प्रशा.)/S.O.(GAS)

सहायक (परिवहन)/Asstt.(Transport)

Form-19