

रा-ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान  
 न्यू महरौली रोड, मुनीरका, नई दिल्ली-110067  
**NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE**  
 New Mehrauli Road, Munirka, New Delhi-110067

जेरोक्स प्रतियां कराने हेतु मांग-पत्र  
**REQUISITION FOR XEROX COPY WORK**

विभाग/अनुभाग DEPARTMENT/SECTION	तिथि एवं समय DATE & TIME
------------------------------------	-----------------------------

परियोजना का नाम जिसके खाते में व्यय राशि डाली जायेगी NAME OF THE PROJECT AND EXPENSES OF THE DEBITED.
--

दस्तावेज़ का विवरण BRIEF DETAILS OF DOCUMENT	
कुल पृ ठ/Total Pages	प्रतियों की संख्या/ No. Of Copies

विभागाध्यक्ष/अनुभागाध्यक्ष द्वारा अनुमोदित/  
Approved By Head of Deptt./Section

हस्ताक्षर/Signature:

पदनाम/Designation:

जॉब संख्या/Job No.

कुल प्रतियां/Total Copies

कुल राशि.....रु.....रु.....  
Total amount \_\_\_\_\_ Rs. \_\_\_\_\_ Rs. \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर एवं प्राप्ति की तिथि  
Signature & date of Receipt

प्रचालक के हस्ताक्षर  
Signature of Operator