

**TRANSFER OF DISPENSARY/औषधालय का स्थानांतरण**  
**ADDRESS CHANGE / पता बदलना**

1. सी.जी.एच.एस. कार्ड सं० / C.G.H.S. Card No \_\_\_\_\_
2. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं टेलीफोन नम्बर /  
Name/Tel. No. of the Govt. Servant \_\_\_\_\_
3. मंत्रालय / विभाग / कार्यालय  
Ministry/Deptt./Office  
भा. कृ. अनु. प  
I C A R
4. निवास का पुराना पता जहां से स्थानांतरण करवाना है  
Previous residential address from which transferred : \_\_\_\_\_
5. नया आवासीय पता / New Residential Address \_\_\_\_\_
6. कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of Govt. Servant \_\_\_\_\_
7. जारी करने वाले प्रधिकारी द्वारा आबंटित नया औषधालय /  
New dispensary allotted by the issuing authority : \_\_\_\_\_
8. जारी करने वाले प्रधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम टेलीफोन नम्बर सहित /  
Signature & Designation of issuing authority with telephone no.: \_\_\_\_\_
9. जहां से स्थानांतरण चाहिए उस औषधालय के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर /  
Signature of Medical Officer Incharge Dispensary from which transferred: \_\_\_\_\_
10. जहां स्थानांतरित किया जाना है उस औषधालय के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर /  
Signature of Medical Officer Incharge dispensary to which transferred: \_\_\_\_\_