

मानक पत्रावली

संकलन : हरिवंश लाल लूथरा



आरोग्यम् सुखसम्पदा

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE

बाबा गंगनाथ मार्ग, मुनीरका, नई दिल्ली - 110067

BABA GANG NATH ROAD, MUNIRKA, NEW DELHI-110067

अद्यतन परामर्शः श्री राजीव रंजन सिंह

अद्यतन सहयोगः श्री विजय प्रकाश उप्रेती

हिन्दी रूपांतरणः श्री बी.एस. नेगी

श्री अरविन्द कुमार

शब्द संसाधनः श्री चन्द्र सिंह नेगी

श्री जगदीश गुप्ता

श्रीमती महेश्वरी पटवाल

श्री वी.एस.रावत

आमुख

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान में राजभाषा नीति के अनुपालन की दिशा में चल रहे सार्थक एवं गतिशील प्रयासों के अंतर्गत सरकारी कामकाज में हिन्दी के प्रयोग को बढ़ावा देने तथा स्टाफ सदस्यों की सुविधा के लिए उपयोगी पत्रों एवं टिप्पणियों के मानक प्रारूपों का यह द्विभाषिक संकलन तैयार किया गया है। इस संकलन में लगभग 40 संक्षिप्त पत्रों के मानक प्रारूप तथा लगभग 50 टिप्पणियों के नमूने हिन्दी और अंग्रेजी दोनों भाषाओं में दिए गए हैं। इसके अतिरिक्त, संकलन के अंत में संस्थान के विभागों/ अनुभागों के नाम, भवन खण्डों के नाम तथा संस्थान में प्रयुक्त पदनाम भी हिन्दी और अंग्रेजी में साथ-साथ दिए गए हैं। इस संकलन में जिन पत्रों आदि के प्रारूप सम्मिलित किए गए हैं, वह मात्र निदर्श प्रारूप के रूप में हैं। चूंकि, प्रत्येक प्रकरण में विषय वस्तु एक जैसी नहीं होती, इसलिए प्रकरण की आवश्यकता के अनुसार अपने विवेक से इन प्रारूपों की विषय वस्तु में अपेक्षित परिवर्तन किए जा सकते हैं। प्रयोक्ताओं की सुविधा के लिए इस संकलन को संस्थान की वेबसाइट पर भी प्रदर्शित करा दिया गया है।

इस संकलन का अद्यतन करने के लिए हिन्दी कक्ष का यह प्रयास प्रशंसनीय है। हम उनके प्रति अपना आभार प्रकट करते हैं।

आशा है, यह संकलन संस्थान के संकाय एवं अन्य कर्मचारियों के लिए उपयोगी सिद्ध होगा।

(जयंत दास)

निदेशक

नई दिल्ली

सितम्बर

पत्रों के प्रारूप

संख्या:फा.
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

कार्यालय आदेश

संस्थान के अंतर्गत विभिन्न परियोजनाओं में पदों का सृजन करने के बारे में संस्थान की उप-विधियों की उप-विधि 52 के अंतर्गत प्रदत्त अधिकारों का प्रयोग करते हुए और संस्थान के प्रबन्ध निकाय द्वारा अनुमोदित परियोजना संबंधी दिशा निर्देशों के अनुरूप संस्थान के निदेशक द्वारा '.....' परियोजना में निम्नलिखित पद (पदों) के सृजन की स्वीकृति प्रदान की जाती है सर्जित पद/पदों की अवधि बढ़ाए जाने की स्वीकृति प्रदान की जाती है, जिसका ब्यौरा निम्न प्रकार से है:

क्रमांक	पद का नाम	पदों की संख्या	वेतनमान	अवधि
1.				
2.				
3.				

इस संबंध में होने वाले व्यय का वहन उपरोक्त परियोजना के बजट से किया जाएगा।

उप-निदेशक (प्रशा.)

प्रेषित:

1. श्री..... परियोजना अधिकारी
2. लेखापाल (परियोजना)
3. लेखा अधिकारी
4. श्री, भर्ती सहायक।

संख्या:फा.
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

कार्यालय आदेश

एतद्द्वारा संस्थान के प्रबन्ध निकाय (गवर्निंग बॉडी) की अनुमति से संस्थान के अंतर्गत निर्धारित वेतनमान में समय-समय पर अनुज्ञेय सामान्य भक्तों सहित दिनांक:..... 19..... से ग्रुप 'क' के निम्नलिखित पदों के सृजन की स्वीकृति प्रदान की जाती है:

क्रमांक पद का नाम वेतनमान विभाग, जिसमें पद स्वीकृत किया गया है।

- 1.
- 2.
- 3.

इस संबंध में होने वाले व्यय का वहन वर्ष से संबंधित संस्थान के गैर-योजना/ योजना बजट के 'वेतन तथा भत्ते' शीर्ष से किया जाएगा।

इस बारे में वित्त मंत्रालय (व्यय विभाग) की सहमति स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा उनके दिनांक:..... की अशासकीय टिप्पणी संख्या:..... के माध्यम से प्राप्त कर ली गई है।

उप-निदेशक (प्रशा.)

प्रेषित:

1. विभागाध्यक्ष, विभाग, संस्थान।
2. लेखा अधिकारी
3. श्री, भर्ती सहायक।

संख्या: /प्रशा.
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

परिपत्र

संस्थान के अंतर्गत
मेंमहीने/ वर्ष की अवधि अथवा आगामी आदेश तक जो भी पूर्व प्रवृत्त हो, उस
तिथि तक वर्ग 'ख' में सहायक अनुसंधान अधिकारी के निम्नलिखित पद हेतु आवेदन आमंत्रित किए
जाते हैं:

1. सहायक अनुसंधान अधिकारी: एक पद
2. वेतनमान रू-----
3. शैक्षिक योग्यताएं एवं अनुभव:

अनिवार्य

- 1.
- 2.

वांछनीय:

4. अपेक्षित कार्य:
5. आयु सीमा: 35 वर्ष

टिप्पणी:

उक्त पद के लिए सादे कागज पर भरा हुआ आवेदन, जिसमें शैक्षिक योग्यताओं एवं अनुभव
संबंधी विवरण सहित पूरा बायो-डाटा दिया गया हो और प्रमाणपत्रों की प्रतियां संलग्न की गई हों, हद
से हद दिनांक:..... तक अधोहस्ताक्षरी को भेज दिया जाना चाहिए।

अनुरोध है कि इस परिपत्र को अपने विभाग में कार्यरत सभी पात्र कर्मचारियों की सूचना में
लाने का कष्ट करें।

प्रति प्रेषितः:

- 1.
- 2.
- 3.

उप-निदेशक(प्रशा.)

रजिस्टर्ड/ए.डी

संख्या:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

रोजगार अधिकारी,

.....

.....

विषय: पद की रिक्ति संबंधी सूचना -

महोदय,

मुझे, इस संस्थान के अंतर्गत..... के पद की रिक्ति की अधिसूचना करने हेतु विधिवतदंग से भरा हुआ फार्म आपको भेजने का निदेश हुआ है। अनुरोध है कि पन्द्रह/साठ दिन की अवधि के भीतर कृपया इस संस्थान को उक्त पद के लिए पात्र उम्मीदवारों के नाम तथा पते की एक सूची भेजने का कष्ट करें ताकि उक्त पद हेतु उपयुक्त उम्मीदवार का चयन किया जा सके। यदि उपयुक्त उम्मीदवार उपलब्ध न हो तो, कृपया इस संस्थान को एक 'अनुपलब्धता प्रमाणपत्र' जारी करने का कष्ट करें, ताकि अन्य अनुज्ञेय स्रोतों के माध्यम से उपरोक्त पद पर भर्ती की जा सके।

आपकी ओर से दिनांक:..... तक कोई प्रत्युत्तर प्राप्त न होने की स्थिति में यह समझा जाएगा की इस रिक्ति को विज्ञापन के माध्यम से सीधी भर्ती द्वारा भरे जाने पर आपके कार्यालय को कोई आपत्ति नहीं है।

भवदीय,

उप-निदेशक (प्रशा.)

सूचनार्थ तथा आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रति प्रेषित:

- 1.
- 2.

उप-निदेशक (प्रशा.)

संख्या:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

निदेशक
विज्ञापन और दृश्य प्रचार-निदेशालय,
सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय,
पी.टी.आई. भवन, तृतीय तल, संसद मार्ग,
नई दिल्ली-110001.

विषय: रास्वापक -- संस्थान में रिक्त पदों पर भर्ती हेतु विज्ञापन-

महोदय,

मैं एतद्वारा इस संस्थान के अंतर्गत निम्नलिखित रिक्त पदों की भर्ती हेतु जारी किये जाने वाले विज्ञापन का प्रारूप भेज रहा हूँ। निवेदन है कि इसे यथाशीघ्र अखिल भारतीय स्तर पर प्रकाशित होने वाले निम्नलिखित समाचार पत्रों में प्रकाशित कराने का कष्ट करें।

- 1.
- 2.
- 3.

2. विज्ञापन के प्रारूप में उल्लिखित आवेदन प्राप्त करने की अन्तिम तिथि इस प्रत्याशा में लिखी गई है कि यह विज्ञापन तत्काल ही समाचार पत्रों में प्रकाशित करा दिया जाएगा।

3. इस विज्ञापन के भुगतान हेतु बिल की तीन प्रतियां यथाशीघ्र भेज दी जायें। पदों की भर्ती संबंधी उक्त विज्ञापन प्रकाशित करने वाले सभी समाचार-पत्रों को परामर्श दिया जाये कि संस्थान के रिकार्ड के लिए वह इस विज्ञापन की कटिंग सीधे ही संस्थान को भेज दें।

4. इस विज्ञापन की अखिल भारतीय स्तर पर किन्तु यथाअपेक्षित कम से कम समाचार पत्रों में ही प्रकाशित कराने का कष्ट करें।

कृपया इसे वरीयता प्रदान करें।

भवदीय,

उप-निदेशक (प्रशा.)

प्रति प्रेषित:

1. केन्द्रीय रोजगार कार्यालय, 2ए/3-कुन्दन मेन्सन बिल्डिंग, आसफअली रोड, नई दिल्ली- सूचनार्थ।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, स्वास्थ्य और परिवार मंत्रालय के अंतर्गत एक स्वशासी निकाय है। इस संस्थान का प्रमुख उद्देश्य शिक्षा, अनुसंधान, प्रशिक्षण, मूल्यांकन तथा सेवाओं के माध्यम से देश में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण कार्यक्रमों के विकास की दिशा में एक शीर्षस्थ तकनीकी संस्थान के रूप में कार्य करना है।

.....

संस्थान के अंतर्गत निम्नलिखित पद के लिए आवेदन आमंत्रित किए जाते हैं। पद के लिए आवेदन फार्म अनुभाग अधिकारी (प्रशा.-1), राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, बाबा गंगनाथ मार्ग मुनीरका, नई दिल्ली-110067 से व्यक्तिगत रूप से अथवा डाक द्वारा प्राप्त किए जा सकते हैं। डाक द्वारा फार्म मंगाते समय कृपया 9 x 4 आकार का लिफाफा (जिस पर आवेदक का पूरा पता लिखा गया हो) तथा रु..... का भारतीय पोस्टल आर्डर, जो संस्थान के लेखा अधिकारी के नाम ड्रा किया गया हो, साथ भेजने का कष्ट करें। आवेदन फार्म संस्थान की वेबसाइट www.nihfw.org से भी डाउनलोड किया जा सकता है:

1. पदनाम:
2. वेतनमान: रु.....
3. शैक्षिक योग्यताएं एवं अनुभव:
अनिवार्य:
 - 1.
 - 2.
 - 3.वांछनीय:
4. अपेक्षित कार्य:
5. आयु सीमा:.....

टिप्पणी:

1. सरकारी/अर्ध सरकारी कार्यालयों में कार्यरत आवेदकों को अपने आवेदन अनिवार्य रूप से उचित माध्यम से भेजने होंगे।
2. पद के लिए विधिवत ढंग से भरे हुए आवेदन, जिसके साथ रुपये का रेखांकित भारतीय पोस्टल आर्डर (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति के आवेदकों के लिए कोई फीस नहीं है) संलग्न होना चाहिए तथा जो लेखा अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली को देय होगा, तक अथवा उससे पहले उप-निदेशक (प्रशा.) राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, न्यू महारौली रोड, मुनीरका, नई दिल्ली-110067 को प्राप्त हो जाना चाहिए।

संख्या:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

ज्ञापन

इस संस्थान के अंतर्गत..... पद हेतु उनके आवेदन के संदर्भ में श्री/श्रीमती/डा./कुमारी:..... से अनुरोध है कि वह दिनांक.....को ठीक..... बजे पूर्वाह्न/अपराह्न में साक्षात्कार हेतु इस संस्थान के प्रशासनिक खण्ड में उपस्थित होने का कष्ट करें।

आवेदक से यह भी अनुरोध है कि वह अपनी जन्म तिथि, शैक्षिक योग्यता और अनुभव आदि के प्रमाणस्वरूप अपने मूल प्रमाणपत्र तथा शंसापत्र अपने साथ लाएं।

बेरोजगार आवेदक को रेल यात्रा भाड़े संबंधी रसीद प्रस्तुत करने पर नियमों के अनुसार छोटे मार्ग से द्वितीय श्रेणी के दोनों ओर के रेल भाड़े का भुगतान इस शर्त पर किया जाएगा कि दोनों ओर के 250 कि.मी. की दूरी तक के भाड़े का वहन आवेदक द्वारा स्वयं किया जाएगा।

यदि आवेदक इस समय नौकरी में हो तथा उसका आवेदन इस संस्थान में उचित माध्यम से प्राप्त न हुआ हो तो उसे अपने वर्तमान नियोक्ता से 'अनापत्ति प्रमाणपत्र' अपने साथ लाना होगा अन्यथा उपरोक्त पद हेतु उसके आवेदन पर विचार नहीं किया जाएगा।

कृपया इसकी प्राप्ति सूचना भेजने के साथ-साथ साक्षात्कार में उपस्थित होने के बारे में भी पुष्टि करने का कष्ट करें।

उप-निदेशक (प्रशा.)

.....
.....
.....

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

ज्ञापन

इस संस्थान के अंतर्गत रू..... के वेतनमान में रिक्त पड़े..... के पद पर भर्ती के लिए साक्षात्कार लेने के लिए चयन समिति की बैठक दिनांक..... कोबजे कमरा नं..... में आयोजित की जाएगी।

निदेशक महोदय द्वारा गठित की गई चयन समिति में आपको सदस्य के रूप में नामित किया गया है। तदनुसार आपसे अनुरोध है कि कृपया ऊपर लिखित तिथि तथा समय पर चयन समिति की बैठक में भाग लेने का कष्ट करें।

उप-निदेशक (प्रशा.)

.....
.....
.....

गोपनीय

संख्या: प्रशा.
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

विषय: पद को भरने के विषय में।

महोदय,

मुझे आपका ध्यान इस संस्थान/आपके दिनांक..... के पत्र संख्या..... की ओर आकृष्ट कराते हुए आपसे यह अनुरोध करने का निदेश हुआ है कि पद को भरने के लिए गठित की गई चयन समिति की बैठक राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, मुनीरका, नई दिल्ली में दिनांक:..... को होनी निश्चित हुई है तथा निवेदन है कि चयन समिति के विचारार्थ कृपया श्री की गोपनीय रिपोर्ट फाइल तत्काल अधोहस्ताक्षरी को भिजवाने का कष्ट करें। कृपया इस मामले को **अति वरीयता** प्रदान करें।

भवदीय,

उप-निदेशक (प्रशा.)
दूरभाष: 26165959

.....
.....
.....

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

सिविल सर्जन,
लेडी हार्डिंग मेडिकल कालेज एवं अस्पताल,
नई दिल्ली।

विषय: श्री/श्रीमती/कु./डा. की स्वास्थ्य परीक्षा कराने हेतु -

महोदय,

श्री/श्रीमती/कु./डा. को इस संस्थान के अंतर्गत के पद पर नियुक्त करने के लिए विचार किया जा रहा है। अनुरोध है कि उनकी स्वास्थ्य परीक्षा करने का कष्ट करें तथा इस संबंध में अपनी रिपोर्ट यथाशीघ्र इस संस्थान को भेजने का कष्ट करें।

श्री/श्रीमती/कु./डा. को निर्देश दे दिया गया है कि वह स्वास्थ्य परीक्षा कराने हेतु तत्काल आपके कार्यालय में रिपोर्ट करें।

आवश्यक घोषणा फार्म और स्वास्थ्य पत्र फार्म की प्रतियां इसके साथ संलग्न हैं। कृपया घोषणा-पत्र आदि पर उनके हस्ताक्षर अपने सामने कराने का कष्ट करें।

उप-निदेशक (प्रशा.)

श्री/श्रीमती/कु./डा. को प्रति प्रेषित: - उन्हें निर्देश दिया जाता है कि अपनी स्वास्थ्य जांच कराने हेतु वह लेडी हार्डिंग मेडिकल कालेज एवं अस्पताल, नई दिल्ली के सिविल सर्जन को तत्काल रिपोर्ट करें।

उप-निदेशक (प्रशा.)

संख्या:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067..

दिनांक:

कार्यालय ज्ञापन

निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान द्वारा श्री/श्रीमती/कुमारी: को इस संस्थान में रु..... के वेतनमान में रु.....प्रतिमाह मूलवेतन पर पद पर नियुक्ति के लिए प्रस्ताव किया जाता है। पद पर नियुक्त व्यक्ति को नियमों के अनुसार अनुज्ञेय तथा भत्तों संबंधी नियमों के अंतर्गत समय-समय पर दी गई शर्तों के आधार पर मंहगाई भत्ता तथा अन्य भत्ते ड्रा करने का भी हक होगा।

2. नियुक्ति की शर्तें इस प्रकार होंगी:

- (1) वर्तमान में यह पद अस्थायी है किन्तु इसके निरन्तर बने रहने की संभावना है।
- (2) पद पर नियुक्ति होने की तिथि से कर्मचारी एक वर्ष/दो वर्ष तक परिवीक्षाधीन रहेगा।
- (3) दोनों पक्षों अर्थात् नियुक्त व्यक्ति अथवा नियुक्ति-प्राधिकारी की ओर से बिना कोई कारण बताये एक माह का नोटिस देकर नियुक्ति समाप्त की जा सकती है। किन्तु नियुक्ति- प्राधिकारी को ये अधिकार होगा कि वह नियुक्त-व्यक्ति को, नोटिस की पूरी अवधि के बदले में अथवा नोटिस की आंशिक-रूप से बची हुई अवधि के बदले में उस अनुज्ञेय वेतन तथा भत्तों के बराबर राशि का भुगतान करके उसकी सेवायें तत्काल रूप से समाप्त कर सकता है अथवा नोटिस की निश्चित अवधि समाप्त होने से पूर्व उसकी सेवायें समाप्त कर सकता है। किन्तु परिवीक्षा काल में बिना कोई नोटिस दिये किसी भी समय नियुक्ति समाप्त की जा सकती है।
- (4) सेवा संबंधी अन्य शर्तें समय-समय पर लागू संबंधित नियमों एवं आदेशों के अनुरूप शासित होगी।

3. इस नियुक्ति के साथ निम्नांकित शर्तें और जुड़ी हैं:

- (1) आवेदक को निर्धारित फार्म में अपनी वैवाहिक स्थिति के बारे में घोषणा करनी होगी, यदि आवेदक की एक से अधिक जीवित पत्नियां हैं अथवा आवेदक किसी ऐसे व्यक्ति से विवाहित है जिसकी एक से अधिक जीवित पत्नियां हों, तो इस नियुक्ति के साथ यह शर्त होगी कि इस बारे में उसे कानूनी छूट प्राप्त हो गई हो।

- (2) सक्षम चिकित्सा प्राधिकारी से 'आरोग्यता' प्रमाणपत्र प्रस्तुत करना होगा।
- (3) निर्धारित फार्म (संलग्न) में उसे भारतीय संविधान के प्रति निष्ठा/श्रद्धा की शपथ लेनी होगी।
- (4) निम्नांकित मूल प्रमाणपत्र प्रस्तुत करने होंगे:
- (क) शैक्षिक तथा तकनीकी योग्यता संबंधी डिग्री/डिप्लोमा/सर्टिफिकेट आदि।
- (ख) आयु प्रमाण-पत्र
- (ग) निर्धारित फार्म (संलग्न) में चरित्र प्रमाण-पत्र।
- (घ) आवेदक के अनुसूचित जाति/अनुसूचित जन जाति अन्य पिछड़ा वर्ग से सम्बद्ध होने के बारे में निर्धारित फार्म में प्रमाणपत्र
- (च) पूर्व-नियोक्ता से नौकरी छोड़ने संबंधी प्रमाण-पत्र, यदि कोई है तो।
4. यह उल्लेख भी किया जाये कि क्या आवेदक केन्द्र सरकार के किसी अन्य विभाग, राज्य सरकार अथवा किसी सार्वजनिक-प्राधिकरण में नौकरी कर रहा है अथवा नौकरी करने के लिए बाध्य है।
5. यदि आवेदक द्वारा दी गई कोई भी सूचना गलत सिद्ध होती है अथवा आवेदक द्वारा कोई महत्वपूर्ण सूचना जानबूझ कर दबा ली गई जाती है, तो ऐसी स्थिति में उसे नौकरी से हटाया जा सकता है तथा उसके विरुद्ध यथाआवश्यक अन्य कार्यवाही भी की जा सकती है।

यदि को उपरोक्त शर्तों पर यह नियुक्ति प्रस्ताव स्वीकार हो तो उसे अपनी स्वीकृति की सूचना तक अधोहस्ताक्षरी को भेज देनी चाहिए। आवेदक से सूचना प्राप्त न होने पर अथवा निर्धारित तिथि तक आवेदक द्वारा ड्यूटी पर उपस्थित न होने की स्थिति में इस नियुक्ति प्रस्ताव को रद्द कर दिया जायेगा।

स्वास्थ्य परीक्षा कराने तथा/अथवा संस्थान में ड्यूटी पर उपस्थित होने (ड्यूटी ज्वाइन करने) के लिए किसी प्रकार का यात्रा भत्ता नहीं दिया जायेगा।

उप-निदेशक (प्रशा.)

श्री/श्रीमती/कुमारी:.....

.....

.....

संख्या:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

विषय : पद हेतु आवेदक
श्री/श्रीमती/कुमारी..... के चरित्र एवं पूर्ववृत्त की जांच के बारे में

महोदय,

निवेदन है कि श्री/श्रीमती/कुमारी:..... जिनके संबंध में संलग्न सत्यापन फार्म (तीन प्रतियां) में ब्यौरा दिया गया है वह इस संस्थान में पद के लिए आवेदक हैं। आपसे अनुरोध है कि आपके कार्यालय में उपलब्ध सूचना के आधार पर यह प्रमाणित करें कि क्या आपके रिकार्ड में उक्त आवेदक के विरुद्ध कुछ ऐसे तथ्य उपलब्ध हैं जो आवेदक को संस्थान की सेवा में रखने के लिए अयोग्य सिद्ध करते हों, ताकि संस्थान द्वारा यह निश्चित किया जा सके कि क्या आवेदक नौकरी में रखने योग्य है अथवा नहीं है। इस संबंध में निवेदन है कि आवेदक की उपयुक्तता निर्धारित करने के लिए इस संदर्भ में भारत सरकार द्वारा निर्धारित की गई प्रक्रिया धारण की जायेगी, जिसके अनुसार किसी भी आवेदक को मात्र उसके व्यक्तिगत राजनैतिक विचारों के आधार पर नियुक्ति के लिए अयोग्य नहीं समझा जायेगा, किन्तु ऐसे व्यक्तियों को नियुक्त न करने के बारे में विचार अवश्य किया जायेगा जिनके अनिष्ठावान होने की संभावना हो तथा नियुक्ति होने पर उसमें जो विश्वास व्यक्त किया जाता है, अपने पद की हैसियत से उस विश्वास का दुरुपयोग किए जाने की संभावना हो। ऐसे व्यक्ति जो सक्रिय रूप से तोड़फोड़ की कार्यवाहियों में संलग्न हो अथवा किसी ऐसे संस्था के सदस्य हो जिसका उद्देश्य हिंसक तरीकों के प्रयोग से समाज की वर्तमान व्यवस्था में परिवर्तन लाना हो, उन व्यक्तियों को सरकार के अंतर्गत पदों पर नियुक्त के लिए अयोग्य समझा जाना चाहिए। किसी भी व्यक्ति को सरकारी नौकरी के लिए केवल उसी आधार पर ही अयोग्य समझा जाये जब उसने वास्तव में ही किसी आपत्तिजनक गतिविधि अथवा कार्यक्रम में भाग लिया हो अथवा उससे सक्रिय रूप से सम्बद्ध रहा हो। विशेष रूप से लोक सेवाओं के अंतर्गत सिविल पदों पर नियुक्ति के लिए निम्नलिखित को अवांछनीय समझा जायेगा,

- क. ऐसे व्यक्ति जो गैर कानूनी घोषित की गई किसी संस्था अथवा व्यक्ति (गैर-कानूनी घोषित होने की तिथि के पश्चात से) के सदस्य है अथवा से सम्बद्ध है, अथवा

ख. जिन्होंने किसी ऐसी गतिविधि अथवा कार्यक्रम में भाग लिया है अथवा सम्बद्ध रहे हैं जिसका उद्देश्य;

- 1) संविधान-व्यवस्था भंग करना है,
- 2) संगठित रूप से हिंसा के माध्यम से कानून भंग करना अथवा उल्लंघन करना है।
- 3) भारत की प्रभुता तथा अखण्डता अथवा राष्ट्र के सुरक्षा हितों को नुकसान पहुँचाना है, अथवा
- 4) धर्म, प्रजाति, भाषा, जाति अथवा सामुदायिक भावनाओं के आधार पर जनता के विभिन्न वर्गों में घृणा तथा शत्रुता को बढ़ावा देना है।

आवेदक द्वारा 21 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेने पर अथवा जांच होने की तिथि से तीन वर्ष की अवधि के दौरान इस प्रकार की गतिविधियों में उसकी भागीदारी होने को इस बात का प्रमाण माना जायेगा कि उक्त आवेदक अभी भी सक्रिय रूप से इन गतिविधियों में संलग्न है, बशर्ते कि इस अंतराल के बारे में उसके व्यवहार में किसी प्रकार के सकारात्मक परिवर्तन होने का ठोस प्रमाण प्रस्तुत न किया जाये।

2. अनुरोध है कि रिपोर्ट भेजते समय यह उल्लेख स्पष्ट रूप से किया जाये कि क्या उपरोक्त जांच प्रक्रिया की दृष्टि से आवेदक सरकारी नौकरी हेतु उपयुक्त है और यदि आवेदक सरकारी नौकरी हेतु उपयुक्त नहीं है तो इस संबंध में संक्षिप्त ब्यौरा भेजने का कष्ट करें। कृपया जांच परिणामों से हमें तत्काल किन्तु हद से हद छः सप्ताह की अवधि तक अवश्य अवगत कराने का कष्ट करें।

3. आवेदक की शिनाख्त करने के बारे में भी कृपया कार्यवाही करें तथा शिनाख्त हो जाने पर आवेदक की उपयुक्तता रिपोर्ट पर कृपया इस आशय का उल्लेख भी करें।

भवदीय,

उप-निदेशक (प्रशा.)

संलग्नक: यथापूर्व

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

कार्यालय आदेश

निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान द्वारा श्री/श्रीमती: को रू..... के वेतनमान में नियमों के अंतर्गत समय-समय पर अनुज्ञेय अन्य सामान्य भत्तों सहित दिनांक:..... पूर्वाह्न/अपराह्न से माह/वर्ष की अवधि तक अथवा आगामी आदेश जारी होने तक जो भी पूर्व प्रवृत्त हो उस तिथि तक के पद पर पदोन्नति करके तदर्थ आधार पर नियुक्त किया जाता है। उनका वेतन सामान्य नियमों के अंतर्गत नियत किया जाएगा।

उपरोक्त तदर्थ नियुक्ति के फलस्वरूप उन्हें उक्त पद पर नियमित रूप से बने रहने अथवा समाहृत होने का कोई अधिकार नहीं होगा।

उप-निदेशक (प्रशा.)

प्रति प्रेषित:

1. श्री/श्रीमती/कु./डा.....
2. विभागाध्यक्ष/अनुभागाध्यक्ष विभाग/अनुभाग।
3. लेखा अधिकारी
4. अनुभाग अधिकारी (भण्डार)
5. कार्यशाला एवं अनुरक्षण अधिकारी
6. श्री/श्रीमती:..... की वैयक्तिक फाइल।
7. निदेशक के वरिष्ठ वैयक्तिक सहायक
8. उप-निदेशक (प्रशा.) के वैयक्तिक सहायक

फा.संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

कार्यालय आदेश

निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली की स्वीकृति से इस संस्थान के अंतर्गत के पद पर कार्यरत श्री/श्रीमती/कुमारी:..... को रू..... के वेतनमान में नियमों के अंतर्गत समय-समय पर अनुज्ञेय अन्य सामान्य भत्तों सहित दिनांक:..... पूर्वाह्न/अपराह्न से माह/वर्ष की अवधि तक अथवा किसी व्यक्ति को नियमित आधार पर नियुक्त होने की तिथि तक अथवा आगामी आदेश जारी होने तक जो भी पूर्व प्रवृत्त हो उस अवधि तक के पद पर पूर्णतः तदर्थ आधार पर नियुक्त किया जाता है।

उपरोक्त तदर्थ नियुक्ति के परिणामस्वरूप नियुक्त व्यक्ति को उक्त पद पर नियमित रूप से बने रहने का कोई अधिकार नहीं होगा। उनका वेतन सामान्य नियमों के अंतर्गत निर्धारित किया जाएगा।

इस संबंध में होने वाला व्यय संस्थान के 'गैर-योजना बजट' से वहन किया जाएगा।

उनकी नियुक्ति विभाग/अनुभाग में की जाती है।

उप-निदेशक (प्रशा.)

प्रति प्रेषित:

1. श्री/श्रीमती/कु./डा.....
2. लेखा अधिकारी, संस्थान।
3. श्री/श्रीमती/कुमारी:..... की वैयक्तिक फाइल/सेवा पंजिका में आवश्यक प्रविष्टियां करने तथा वेतन निर्धारित करने हेतु।
4. सभी विभागाध्यक्ष/अनुभागाध्यक्ष, संस्थान।
5. निदेशक के वरिष्ठ वैयक्तिक सहायक, रास्वापक संस्थान।
6. उप-निदेशक (प्रशा.) के वैयक्तिक सहायक, रास्वापक संस्थान।

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

कार्यालय आदेश

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली के प्रबन्ध निकाय के अध्यक्ष की स्वीकृति से श्री/श्रीमती/डा./कुमारी:.....को रू..... के वेतनमान में नियमों के अंतर्गत समय-समय पर अनुज्ञेय सामान्य भत्तों सहित रू..... के मूल वेतन में दिनांक:..... पूर्वाहन/अपनाहन से के पद पर नियुक्त किया जाता है। उक्त पद पर नियुक्ति संबंधी उनकी सेवा-शर्तें वही होंगी, जिनका उल्लेख इस संस्थान के दिनांक:..... के पत्र संख्या:..... में किया गया था।

उपरोक्त पद पर उनकी नियुक्ति की तिथि से श्री/श्रीमती/डा./कुमारी:..... वर्ष परिवाधीन रहेंगे/रहेंगी।

उप-निदेशक (प्रशा.)

प्रति प्रेषित:

1. श्री/श्रीमती/कु./डा.....
2. सभी विभागाध्यक्ष/अनुभागाध्यक्ष, रास्वापक संस्थान, नई दिल्ली।
3. लेखा अधिकारी, रास्वापक संस्थान। चिकित्सा बोर्ड द्वारा उनकी स्वास्थ्य जांच कर ली गई थी तथा उन्हें स्वस्थ पाया गया है।
4. श्री/श्रीमती/कु./डा.....की वैयक्तिक फाइल।
5. निदेशक के वरिष्ठवैयक्तिक सहायक
6. उप-निदेशक (प्रशा.) के वैयक्तिक सहायक
7. नियुक्ति रजिस्टर।
8. मास्टर फाइल।

संख्या:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

विषय: परीक्षा अवधि की समाप्ति के बारे में

श्री/श्रीमती/कुमारी/डा..... की परीक्षा अवधि
दिनांक:..... को समाप्त होनी है। तदनुसार संबंधित विभागाध्यक्ष/
अनुभागाध्यक्ष से अनुरोध है कि वह श्री..... के कार्य तथा आचरण के
बारे में की अवधि से संबंधित अपनी मूल्यांकन रिपोर्ट
अधोहस्ताक्षरी को भेजने का करें, ताकि नियुक्ति प्राधिकारी द्वारा यह अनुमान लगाया जा सके कि परि
वीक्षा अवधि की समाप्ति के पश्चात क्या उक्त अधिकारी संस्थान की सेवा में रखने के लिए उपयुक्त
है। इस संबंध में कृपया अपनी रिपोर्ट तत्काल अधोहस्ताक्षरी को भेजने का कष्ट करें। मूल्यांकन रिपोर्ट
संबंधी निर्धारित परिपत्र की प्रति यहां संलग्न है।

उप-निदेशक (प्रशा.)

.....
.....
.....
.....

संख्या: फा.
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

आदेश

पिछले कुछ समय से यह मामला विचाराधीन था कि विभाग की कार्यप्रणाली की समीक्षा करके इसे संस्थान के प्रशिक्षण कार्यक्रमों में निर्धारित लक्ष्यों की प्राप्ति की दिशा में और अधिक उत्तरदायी बनाया जा सके। तदनुसार इस विभाग की कार्यप्रणाली की समीक्षा करने तथा इस संबंध में उपयुक्त सिफारिशें भी प्रस्तुत करने के उद्देश्य से संस्थान के निदेशक द्वारा एक समिति गठित करने का निर्णय लिया गया है। इस समिति का गठन निम्न प्रकार से किया गया है।

1. प्रोफेसर....., अध्यक्ष
 2. प्रोफेसर....., सदस्य
 3. श्री....., सदस्य
 4. श्री....., सदस्य-सचिव
2. समिति के विचारार्थ विषय निम्न प्रकार से होंगे:
1. विभाग में स्वीकृत स्टाफ संख्या के परिप्रेक्ष्य में विभाग के वर्तमान कार्य भार की जांच करना तथा उन क्षेत्रों का पता लगाना जहां सुदृढीकरण/परिवर्तन की आवश्यकता हो।
 2. इस संबंध में उपयुक्त सिफारिशें प्रस्तुत करना।

विभाग की कार्यप्रणाली की समीक्षा के लिए समिति द्वारा समीक्षा प्रक्रिया स्वयं निर्धारित की जाएगी। समिति को ऐसी सभी सूचनाएं, जो समय-समय पर अपेक्षित हों, संबंधित विभागाध्यक्ष से मांगने का अधिकार होगा। संबंधित विभागाध्यक्ष तथा अन्य अधिकारी ऐसी सभी सूचनाएं जो अपेक्षित हों, समिति को प्रस्तुत करेंगे।

यह समिति, इस आदेश के जारी होने के 90 दिन की अवधि के अन्दर सिफारिशों सहित अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत करेगी।

उप-निदेशक (प्रशा.)

प्रेषित:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

अनापत्ति प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/डा./कुमारी:
दिनांक.....से इस संस्थान में रू.....के
वेतनमान में के पद पर सेवारत है। इस
संस्थान को उनके द्वारा का दौरा कराने के लिए पासपोर्ट प्राप्त
करने पर कोई आपत्ति नहीं है, बशर्ते कि:

- क) वह किसी विदेशी सरकार/निकाय/संगठन आदि से कोई वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं करेगा/करेगी।
- ख) वह वहां कोई रोजगार प्राप्त नहीं करेगा/करेगी अथवा किसी एजेन्सी से कोई पारिश्रमिक प्राप्त नहीं करेगा/करेगी।
- ग) उपरोक्त उद्देश्य हेतु उसे जो छुट्टियां स्वीकृत की जाती हैं, उसका उपयोग, जिस प्रयोजन हेतु यह प्रमाणपत्र जारी किया जाता है उसके अतिरिक्त किसी अन्य प्रयोजन हेतु नहीं किया जाएगा।
- घ) वह किसी ऐसे देश का दौरा नहीं करेगा/करेगी, जिसके साथ भारत के राजनयिक संबंध न हों।

यह प्रमाणपत्र श्री/श्रीमती/डा./कुमारी:..... के
व्यक्तिगत अनुरोध पर जारी किया जाता है।

उप-निदेशक (प्रशा.)

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

कार्यालय ज्ञापन

श्री/श्रीमती/कुमारी:....., को उनके दिनांक:..... के पत्र के संदर्भ में एतद्द्वारा सूचित किया जाता है कि उनके द्वारा प्रस्तुत किया गया स्पष्टीकरण संतोषजनक नहीं पाया गया है। उन्हें मौखिक रूप से बार-बार चेतावनी दिए जाने के बावजूद भी कार्यालय में उपस्थिति संबंधी उनके आचरण में कोई सुधार नहीं देखा जा सका है तथा उन्हें बार-बार बिना पूर्व अनुमति लिए छुट्टी करने की आदत है। एतद्द्वारा उन्हें चेतावनी दी जाती है कि उन्हें अपनी उपस्थिति में सुधार लाना चाहिए, अन्यथा उनके विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही की जाएगी।

उप-निदेशक (प्रशा.)

.....
.....
.....

सूचनार्थ प्रति प्रेषित:

- 1.
- 2.

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

कार्यालय आदेश

सभी स्टाफ सदस्यों का ध्यान संस्थान के दिनांक..... के कार्यालय आदेश संख्या:..... की ओर आकृष्ट किया जाता है, जिसमें यह उल्लेख किया गया है कि सभी कार्य दिवसों में लंच का समय 1.00 से 1.30 बजे अपराह्न तक होगा। फिर भी यह देखा गया है कि कुछेक कर्मचारी 1.45 बजे अपराह्न के पश्चात भी लॉन में टहलते रहते हैं। तदनुसार उन्हें निर्देश दिया जाता है कि लंच समय की निर्धारित अवधि का कड़ाई से पालन करें तथा लंच की अवधि के तत्काल पश्चात उन्हें अपनी सीट पर होना चाहिए।

विभागाध्यक्षों/अनुभागाध्यक्षों से भी अनुरोध है कि समयनिष्ठा का कड़ाई से पालन सुनिश्चित कराने का कष्ट करें।

उप-निदेशक (प्रशा.)

सभी विभागाध्यक्ष/अनुभागाध्यक्ष

सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रति प्रेषित:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

ज्ञापन

श्री को एतद्द्वारा सूचित किया जाता है कि केन्द्रीय सिविल सेवा (वर्गीकरण, नियंत्रण तथा अपील) नियमावली, 1965 के नियम 16 के अन्तर्गत उनके विरुद्ध कार्यवाही करने का प्रस्ताव किया गया है। अनाचरण अथवा दुर्व्यवहार संबंधी आरोपों का विवरण, जिसके आधार पर उपरोक्त कार्यवाही करने का प्रस्ताव किया गया है, यहां संलग्न है।

2. श्री को एतद्द्वारा एक अवसर प्रदान किया जाता है कि यदि वह चाहें तो उक्त प्रस्ताव के विरुद्ध अभिवेदन कर सकते हैं।

3. यदि उक्त श्री इस ज्ञापन के प्राप्त होने के 10 दिन के भीतर अपना अभिवेदन प्रस्तुत करने में असफल रहते हैं तो यह समझा जाएगा कि उन्हें कोई अभिवेदन प्रस्तुत नहीं करना है तथा श्री के विरुद्ध एक पक्षीय कार्यवाही करके आदेश जारी किया जा सकेगा।

4. श्री द्वारा इस ज्ञापन की पावती भेजी जानी चाहिए।

हस्ताक्षर
सक्षम प्राधिकारी का पदनाम

प्रति प्रेषित:

श्री.....
.....
.....

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

आदेश

जबकि केन्द्रीय सिविल सेवा (वर्गीकरण, नियंत्रण तथा अपील) नियमावली, 1965 के नियम 14 के अंतर्गत श्री..... के विरुद्ध जांच की जा रही है।

और जबकि अधोहस्ताक्षरी यह समझते हैं कि उनके विरुद्ध लगाये आरोपों की जांच करने के लिए एक जांच अधिकारी नियुक्त किया जाना चाहिए।

इसलिए, अब उक्त नियम के उप-नियम (2) द्वारा प्रदत्त अधिकारों का प्रयोग हुए अधोहस्ताक्षरी श्री..... पर लगाए गए आरोपों की जांच करने के लिए, श्री..... को जांच अधिकारी के रूप में नियुक्त करते हैं।

हस्ताक्षर
सक्षम प्राधिकारी का पदनाम

प्रति प्रेषित:

1. श्री.....(संबंधित कर्मचारी)
2. श्री....., जांच अधिकारी
3.
4.

संख्या:फा.
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

ज्ञापन

अधोहस्ताक्षरी को निदेश हुआ है कि श्री..... के विरुद्ध आरोपों की जाँच करने के लिए नियुक्त अधिकारी द्वारा प्रस्तुत की गई जाँच रिपोर्ट की एक प्रति यहां संलग्न करें।

2. पूर्वोक्त जाँच रिपोर्ट पर सम्यक रूप से विचार करने के पश्चात, अधोहस्ताक्षरी जाँच अधिकारी द्वारा रिपोर्ट में दिए गए निष्कर्षों से सहमत हैं तथा अधोहस्ताक्षरी के विचार से लगाया गया/गए आरोप सिद्ध हो गया है/गए हैं। इसलिए अधोहस्ताक्षरी इस अनन्तिम निर्णय पर पहुँचे हैं कि श्री..... नौकरी पर रखे जाने के लिए एक उपयुक्त व्यक्ति नहीं हैं और इसलिए अधोहस्ताक्षरी यह प्रस्ताव करते हैं कि नौकरी से पदच्युत करने/अनिवार्य रूप से सेवानिवृत्त करने का दण्ड दिया जाए।

3. श्री..... को एतद्वारा प्रस्तावित दण्ड के बारे में अभिवेदन करने का एक अवसर प्रदान किया जाता है किन्तु यह (अभिवेदन) केवल जाँच के दौरान प्रस्तुत किए गए साक्ष्य के आधार पर ही हो। प्रस्तावित दण्ड के बारे में जो अभिवेदन भी वह करना चाहें उस पर अधोहस्ताक्षरी द्वारा विचार किया जाएगा। इस प्रकार का आवेदन, यदि कोई हो तो लिखित रूप में तथा इस प्रकार प्रस्तुत किया जाना चाहिए कि उक्त अभिवेदन श्री..... को यह ज्ञापन प्राप्त करने की तिथि से पन्द्रह दिन के भीतर, अधोहस्ताक्षरी के पास अवश्य पहुंच जाए।

4. इस ज्ञापन की पावती भेजी जानी चाहिए।

हस्ताक्षर
सक्षम प्राधिकारी का नाम तथा पदनाम

श्री.....
.....
.....

फा.संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067..

दिनांक:

आदेश

जबकि श्री....., के विरुद्ध
अनुशासनिक कार्यवाही करना अपेक्षित है/चल रही है।

इसलिए अब अधोहस्ताक्षरी केन्द्रीय सिविल सेवा (वर्गीकरण, नियंत्रण तथा अपील) नियमावली, 1965 के नियम 10 के उप-नियम (1) के अंतर्गत प्रदत्त अधिकारों का प्रयोग करते हुए एतद्वारा उक्त श्री..... को तत्काल रूप से निलम्बित करते हैं।

इसके अतिरिक्त यह आदेश भी दिया जाता है कि जब तक उक्त आदेश लागू रहेंगे उस अवधि के दौरान उक्त श्री..... का मुख्यालय नई दिल्ली रहेगा और उक्त श्री..... अधोहस्ताक्षरी की पूर्व अनुमति प्राप्त किए बिना मुख्यालय नहीं छोड़ेंगे।

हस्ताक्षर
निलम्बनकर्ता प्राधिकारी का नाम तथा पदनाम

प्रति प्रेषित:

1. श्री..... निलम्बन की अवधि के दौरान उन्हें अनुज्ञेय निर्वाह भत्ते के बारे में आदेश, अलग से जारी किए जाएंगे।
2.
3.

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

आदेश

जबकि श्री..... को इस संस्थान के दिनांक:..... के समसंख्यक आदेश के माध्यम से निलम्बित करने का आदेश अधोहस्ताक्षरी द्वारा जारी किया गया था।

अतः अब केन्द्रीय सिविल सेवा (वर्गीकरण, नियंत्रण तथा अपील) नियमावली, 1965 के नियम 10 के उप-नियम 5 के खण्ड (सी) के अंतर्गत अधिकारों का प्रयोग करते हुए अधोहस्ताक्षरी द्वारा निलम्बन के उक्त आदेश को तत्काल रूप से रद्द किया जाता है।

हस्ताक्षर
आदेशकर्ता प्राधिकारी का नाम तथा पदनाम

प्रति प्रेषित:

1. श्री..... (निलम्बित अधिकारी)
2.
3.

हस्ताक्षर
आदेशकर्ता प्राधिकारी का नाम तथा पदनाम

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

ज्ञापन

अधोहस्ताक्षरी का विचार है कि श्री..... के विरुद्ध केन्द्रीय सिविल सेवा (वर्गीकरण, नियंत्रण तथा अपील) नियमावली, 1965 के नियम 14 के अंतर्गत जांच कराई जाए। अनाचरण अथवा दुर्यवहार संबंधी आरोपों के सारांश, जिसके आधार पर जांच कराने का प्रस्ताव है, संलग्न आरोप पत्र (परिशिष्ट-1) में दिए गए हैं। आरोपों की प्रत्येक धारा के प्रमाण में आरोपों संबंधी विवरण यहां (परिशिष्ट-2) संलग्न है। आरोपों को प्रमाणित करने हेतु प्रस्तुत किए जाने वाले प्रस्तावित दस्तावेजों की एक सूची तथा गवाहों की सूची भी यहां (क्रमशः परिशिष्ट-3 तथा 4) संलग्न है।

2. श्री को यह निर्देश दिया जाता है कि इस ज्ञापन के प्राप्त होने के दस दिन के भीतर वह अपने बचाव में एक लिखित विवरण प्रस्तुत करें तथा यह भी बताएं कि क्या वह व्यक्तिगत रूप से सुनवाई का इच्छुक हैं।

3. उन्हें यह भी सूचित किया जाता है कि जांच केवल उन्हीं आरोपों के लिए की जाएगी जिन आरोपों को वह स्वीकार नहीं करता है। इसलिए उन्हें प्रत्येक आरोप को स्पष्ट रूप से स्वीकार अथवा अस्वीकार करना चाहिए।

4. श्री..... को यह भी सूचित किया जाता है कि यदि ऊपर पैरा-2 में निर्धारित की गई तिथि तक अथवा उससे पहले वह अपने बचाव में लिखित विवरण प्रस्तुत नहीं करते अथवा उक्त तिथि तक जांच प्राधिकारी के समक्ष व्यक्तिगत रूप से उपस्थित नहीं होते अथवा केन्द्रीय सिविल सेवा (वर्गीकरण, नियंत्रण तथा अपील) नियमावली, 1965 के नियम 14 में किए गए उपबन्ध अथवा उक्त नियम के अनुसरण में जारी किए गए आदेशों/निर्देशों का अनुपालन करने में असफल रहते हैं अथवा अनुपालन करने से इन्कार करते हैं तो जांच प्राधिकारी उनके विरुद्ध एक-पक्षीय कार्यवाही कर सकते हैं।

5. श्री..... का ध्यान केन्द्रीय सिविल सेवा (आचरण) नियमावली, 1964 के नियम 20 की ओर भी आकृष्ट किया जाता है, जिसके अंतर्गत कोई भी सरकारी कर्मचारी, सरकारी सेवा के अंतर्गत अपनी नौकरी के संबंध में निजी हितों को बढ़ावा देने के लिए अपने किसी भी वरिष्ठ प्राधिकारी पर कोई भी राजनैतिक अथवा बाह्य प्रभाव नहीं डलवाएगा या डलवाने का प्रयत्न करेगा। यदि इस कार्यवाही से संबंधित मामले के बारे में उनके पक्ष में किसी अन्य व्यक्ति से कोई अभिवेदन प्राप्त होता है तो यह समझा जाएगा कि श्री..... उक्त अभिवेदन से अवगत हैं और यह अभिवेदन उनके सुझाव पर किया गया था तथा इस प्रकार केन्द्रीय सिविल सेवा (आचरण) नियमावली, 1964 के नियम 20 का उल्लंघन करने के लिए उनके विरुद्ध कार्यवाही की जाएगी।

6. इस ज्ञापन की पावती भेजी जाए।

हस्ताक्षर

सक्षम प्राधिकारी का नाम तथा पदनाम

.....
.....
.....

श्री
(सरकारी कर्मचारी का नाम तथा पदनाम) के विरुद्ध लगाये गए आरोपों संबंधी विवरण।

आरोप धारा-1

उक्त श्री.....नेअवधि
में के पद पर कार्य करते
हुए

आरोप धारा-2

ऊपर कथित अवधि में तथा उपरोक्त कार्यालय में कार्य करते हुए उक्त
श्री.....ने

आरोप धारा-3

ऊपर कथित अवधि में तथा उपरोक्त कार्यालय में कार्य करते हुए उक्त
श्री.....ने

श्री

(सरकारी कर्मचारी का नाम तथा पदनाम)

के विरुद्ध अनाचरण अथवा दुर्यवहार संबंधी लगाए गए आरोपों के समर्थन में विवरण।

आरोप धारा-1

आरोप धारा-2

आरोप धारा-3

श्री

(सरकारी कर्मचारी का नाम तथा पदनाम)

के विरुद्ध लगाए गए आरोपों को प्रमाणित करने हेतु प्रस्तुत किए जाने वाले
प्रस्तावित दस्तावेजों की सूची:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

श्री

(सरकारी कर्मचारी का नाम तथा पदनाम)

के विरुद्ध लगाए गए आरोपों को प्रमाणित करने हेतु प्रस्तुत किए जाने वाले प्रस्तावित गवाहों की सूची:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

विषय: राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान के प्रबन्ध निकाय की आगामी बैठक के संबंध में तिथि तथा समय निश्चित करने हेतु अनुरोध:

प्रबन्ध निकाय की बैठक के आयोजन के संबंध में संस्थान की वर्तमान उप-विधियों में अन्य बातों के साथ-साथ यह प्रावधान किया गया है कि संस्थान के कार्य-संचालन के लिए अध्यक्ष महोदय द्वारा आवश्यकतानुसार कितनी भी बैठकें बुलाई जा सकती हैं, किन्तु वर्ष में कम से कम एक बैठक अवश्य बुलाई जानी चाहिए। नियमों में एक यह प्रावधान भी किया गया है कि बैठक के लिए स्थान, तिथि तथा समय का निर्धारण अध्यक्ष महोदय द्वारा किया जाएगा और प्रबन्ध निकाय की बैठक आयोजित करने के लिए कम से कम 21 दिन का स्पष्ट नोटिस देना आवश्यक है। प्रबन्ध निकाय की पिछली बैठक दिनांक:..... को हुई थी। तब से लेकर ऐसे अनेक महत्वपूर्ण मामले इकट्ठे हो गए हैं जिन पर प्रबन्ध निकाय द्वारा तत्काल विचार करना अपेक्षित है।

2. प्रबन्ध निकाय की आगामी बैठक में जिन विषयों पर विचार करना है तथा निर्णय देने की आवश्यकता है उनमें से कुछेक महत्वपूर्ण विषय इस प्रकार हैं: (1) प्रशिक्षण कार्यक्रम, अनुसंधान परियोजनाएं और मूल्यांकन अध्ययन..... (2) वार्षिक बजट....., (3)..... (4)..... आगामी बैठक की कार्यसूची में जो मदें सम्मिलित करने का प्रस्ताव है उनकी अनन्तिम सूची यहां संलग्न की जा रही हैं।

3. तदनुसार प्रबन्ध निकाय के अध्यक्ष (केन्द्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री) महोदय से अनुरोध है कि प्रबन्ध निकाय की आगामी बैठक आयोजित करने हेतु स्थान, तिथि तथा समय निश्चित करने का कट करे। उक्त प्रस्ताव पर अध्यक्ष महोदय की सहमति प्राप्त होने की स्थिति में यह भी सुझाव है कि बैठक का आयोजन राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान के परिसर में ही किया जाए।

निदेशक

उपाध्यक्ष, प्रबन्ध निकाय, रास्वापकसं(सचिव, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय)
अध्यक्ष, प्रबन्ध निकाय, रास्वापक संस्थान (केन्द्रीय स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्री)

रास्वापकसं अ.टि. संख्या..... दिनांक:.....

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

संस्थान के प्रबन्ध निकाय के विचारार्थ अनन्तिम कार्यसूची

.....

1. प्रबन्ध निकाय के निवर्तमान सदस्यों द्वारा प्रदत्त प्रशंसनीय सेवाओं को रिकार्ड करना तथा नए सदस्यों का स्वागत
2. दिनांक:..... को आयोजित प्रबन्ध निकाय की पिछली बैठक के कार्यवृत्त की [ÉÉÎP] करना।
3. दिनांक:..... को आयोजित पिछली बैठक में प्रबन्ध निकाय द्वारा लिए गए निर्णयों पर की गई अनुवर्ती कार्यवाही की समीक्षा।
4. वर्ष के लिए संस्थान के प्रशिक्षण कार्यक्रमों, अनुसंधान परियोजनाओं/मूल्यांकन अध्ययनों तथा अन्य गतिविधियों का अनुमोदन करना।
5. योजना तथा गैर-योजना बजट शीर्षों के अंतर्गत वर्ष..... से संबंधित परिशोधित बजट और वर्ष से संबंधित बजट आंकलन का अनुमोदन करना।
6.
.....
.....
7.
.....
.....
8. अध्यक्ष महोदय की अनुमति से विचारार्थ कोई अन्य विषय।

संख्या:/No.

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

तिथि/Dated:

आदेश/ORDER

एतद्वारा श्री को सूचित किया जाता है कि निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान द्वारा उन्हें स्कूटर/कार खरीदने के लिए रु..... (.....) अग्रिम राशि के रूप में प्राप्त करने संबंधी स्वीकृत प्रदान कर दी गई है।

Sanction of the Director is hereby conveyed to the payment of an advance of Rs. _____ (_____) for the purchase of a Car/Scooter to Sh. _____.

2. अग्रिम राशि का भुगतान निम्नांकित शर्तों पर होगा:
The advance is subject to the following conditions:

1. यह अग्रिम राशि..... मासिक किश्तों में वसूल की जाएगी जिसकी प्रत्येक किश्त रु..... की होगी तथा इस राशि पर देय ब्याज की कटौती, अग्रिम राशि की पूरी वसूली के पश्चात, एक या एक से अधिक किश्तों में की जाएगी।
The amount of advance will be recoverable in monthly instalments of Rs. _____ each and interest being calculated and recovered in one or more instalments, after the recovery of advance is completed.

2. अग्रिम राशि को प्राप्त करने की तिथि से एक माह के भीतर, उसी प्रयोजन हेतु खर्च किया जाएगा, जिस प्रयोजन हेतु इसे प्राप्त किया गया था, अन्यथा अग्रिम राशि प्राप्त करने की तिथि से एक माह की अवधि की समाप्ति पर अग्रिम राशि तथा उस पर देय ब्याज सहित कुल राशि लेखा अनुभाग को वापिस जमा करानी होगी।

The amount of advance will be spent for the purpose for which it was sanctioned within one month of drawal of advance, failing which the entire amount of advance together with interest calculated thereon will be refunded to Accounts Branch immediately on the expiry of one month from the drawal of advance.

3. अग्रिम राशि की वसूली, उसके प्राप्त करने के पश्चात मिलने वाले वेतन से शुरू की जाएगी।

The recovery of advance will commence with the first disbursement of pay after the advance is drawn.

4. वाहन खरीदने की तिथि से इसका व्यापक बीमा कराना होगा तथा इसकी बीमा पालिसी प्रशासन अनुभाग को जांच के लिए प्रस्तुत करनी होगी। पॉलिसी का नवीनीकरण समय-समय पर तब तक कराते रहना होगा जब तक अग्रिम राशि की ब्याज सहित पूरी वसूल नहीं कर ली जाती।

The car/scooter will be got insured comprehensively from the date of purchase and Insurance policy shown to Admn. for verification. The policy will be renewed from time to time till advance together with interest has been repaid in full.

5. उक्त अग्रिम राशि से खरीदा गया स्कूटर/कार, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान से प्राप्त पूर्वानुमति के बिना नहीं बेचा जाएगा।

The car/scooter purchased out of this advance will not be sold without prior permission of the National Institute of Health & Family Welfare.

3. अग्रिम की राशि राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान के वर्ष..... के अनुदान के 'वसूली योग्य अग्रिम' लेखा शीर्ष से देय होगी।

The advance is debitible to National Institute of Health & Family Welfare grant for the year _____ under head 'Advances Recoverable'.

उप-निदेशक (प्रशा.)
Deputy Director (Admn.)

प्रति प्रेषित/Copy to:-

1. श्री/सुश्री/डा./Sh./Ms/Dr.
2. लेखा अधिकारी, रास्वापकसंस्थान - कृपया अग्रिम राशि के भुगतान का प्रबन्ध करें।
Accounts Officer, NIHFW – Please arrange disbursement of advance.
3. प्रशासन अनुभाग-1/Admn.1 Section.
4. श्री/सुश्री/डा..... की वैयक्तिक फाइल
Personal file of Sh./Ms/Dr. _____

संख्या:

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली-110067.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH & FAMILY WELFARE, NEW DELHI-67

दिनांक:

Dated:

आदेश/ORDER

एतद्वारा श्री/श्रीमती/कुमारी/डा..... को सूचित किया जाता है कि निदेशक/उप-निदेशक (प्रशा.) द्वारा नियमों के नियम 12 () के अन्तर्गत उन्हें अपने अंशदायी सामान्य भविष्य निधि खाता संख्या से रुपये की राशि अग्रिम के रूप में प्राप्त करने के लिए स्वीकृति प्रदान की गई ताकि वह के उपलक्ष्य में खर्चा कर सकें।

Sanction of the Director/DD(Admn.) is hereby accorded under Rule 12 () of GPF (CS) Rules, 1960 for the grant of advance of Rs. _____ (Rupees _____) to Sh./Smt./Miss/Dr. _____ from his/her G.P.F. Account No. _____ to enable him/her to defray expenses of _____.

2*. इस अग्रिम राशि की वसूली मासिक किश्तों में रु. प्रति किश्त की दर से की जायेगी तथा किश्तों की वसूली मास से संबंधित वेतन, जिसका भुगतान माह, 200..... में किया जायेगा से शुरू की जायेगी। /The advance will be recovered in _____ monthly instalments of Rs. _____ each, commencing from the salary for the month of _____ payable in _____.

3*. इससे पूर्व उन्हें अग्रिम के रूप में माह, 200.... में स्वीकृति तथा माह, 200..... में दी गई रु. की अग्रिम राशि से अभी नीचे दिया गया है, की कटौती शुरू होने तक बकाया समझा जायेगा। यह राशि तथा अग्रिम के रूप में अब दी जाने वाली राशि जो कुल रु. की होती है, की वसूली रु. प्रति किश्त की दर से मासिक किश्तों में की जायेगी तथा किश्तों की वसूली माह, 200..... से संबंधित वेतन से जिसका भुगतान माह, 200..... में किया जायेगा से प्रारम्भ की जायेगी। /A sum of Rs. _____ (Rupees _____) out of advance sanctioned to him/her in _____ will be outstanding till the commencement of the recovery of the consolidated amount as specifying below. The amount together with the advance now sanctioned aggregating to Rs. _____ will be recovered in _____ monthly instalment of Rs. _____ each commencing from the salary for the month _____ payable in _____.

4. दिनांक:..... के अनुसार
 श्री/श्रीमती/कुमारी/डा..... के खाते में शेष राशि का
 ब्यौरा निम्नलिखित है।/ The balance at the credit of
 Sh./Smt./Miss/Dr._____ is detailed below:

(1) ...वर्ष की लेखा पर्ची के अनुसार शेष रू./Rs. _____
 Balance as per account slip for-----

(2) रू..... प्रतिमाह दर से बाद
 रू./Rs. _____

में जमा राशि तथा अग्रिम वसूली
 Subsequent deposits and
 Refunds of advance at the rate
 p.m. from _____ to _____

(3) कालम(1) तथा (2) का योग रू./Rs. _____

Total of Col.(1) & (2)

(4) अनुवर्ती अग्रिम, यदि कोई हो तो रू./Rs. _____

Subsequent withdrawal, if any.

(5) स्वीकृति की तिथि को शेष राशि रू./Rs. _____

कालम (3) - (4)

Balance as on date of sanction

Col. (3) - (4)

लेखा अधिकारी/Accounts Officer

दिनांक/Dated: _____

प्रेषित/

1. बिल अनुभाग, आवश्यक कार्यवाही हेतु

Bill Section for necessary action

2. श्री/श्रीमती/कुमारी/डा.....

Shri/Smt./Miss/Dr. _____

3. श्री/सुश्री/डा..... की वैयक्तिक फाइल

Personal file of Sh./Ms/Dr. _____

*जो लागू न हो उसे काट दें/Strike out whichever is not applicable.

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
(लेखा अनुभाग)

दिनांक:

आदेश

उप-निदेशक(प्रशा.), राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान द्वारा श्री/श्रीमती/कुमारी/डा..... को, सामान्य भविष्य निधि नियमावली, 1979 के नियम 15 () के अंतर्गत, अपने सामान्य भविष्य निधि खाता संख्या:..... से उद्देश्य हेतु रु..... (रूपये..... केवल) की राशि आहरित करने की स्वीकृति प्रदान की जाती है।

लेखा अधिकारी

1. श्री/श्रीमती/कुमारी/डा.....
कृपया उक्त राशि का भुगतान हो जाने की तिथि के तीन मास के भीतर इस आशय का संतोषजनक प्रमाण देने/ प्रमाणपत्र प्रस्तुत करने का कष्ट करें कि स्वीकृत राशि का उपयोग उसी उद्देश्य हेतु किया गया है, जिसके लिए वह राशि प्रदान की गई थी। ऐसा न करने पर उन्हें पूरी राशि ब्याज समेत वापिस जमा करानी होगी।
2. बिल अनुभाग, रास्वापकसंस्थान, नई दिल्ली।
3. अनुभाग अधिकारी (प्रशा.)/सा.प्रशा./ श्री/श्रीमती/कुमारी/डा.....
की वैयक्तिक फाइल के लिए।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

तार: स्वस्थ परिवार

सेवा में,

**विषय: अस्पताल प्रशासन विषय पर दिनांक..... से दिनांक:..... तक वाँ
पाठ्यक्रम**

महोदय,

आप इस बात से परिचित ही हैं कि वरिष्ठ स्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रशासकों को प्रबंधकीय प्रक्रियाओं, शैक्षिक टेक्नालॉजी, संचार रणनीति आदि में प्रशिक्षित करने का दायित्व इस संस्थान पर है। उपर्युक्त उद्देश्य को ध्यान में रखते हुए वरिष्ठ स्वास्थ्य प्रशासकों के लिए इस संस्थान द्वारा दिनांक:..... की अवधि में एक प्रशिक्षण पाठ्यक्रम आयोजित किया जा रहा है। आपके अनुशीलन हेतु इस पत्र के साथ पाठ्यक्रम से संबंधित परिचयात्मक सामग्री भी संलग्न है, जिसमें पाठ्यक्रम के औचित्य, उद्देश्यों तथा कार्यपद्धति आदि संबंधी विवरण दिया गया है।

अनुरोध है कि इस पाठ्यक्रम में भाग लेने हेतु दो अधिकारियों को नामित करने का कट करें। इस पाठ्यक्रम हेतु अपने नामांकन कृपया संस्थान के प्रोफेसर एवं विभागाध्यक्ष विभाग, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, न्यू महारौली रोड, मुनीरका, नई दिल्ली-110067. को दिनांक:..... तक भेजने का कष्ट करें। यदि आप नामांकन यथाशीघ्र भिजवा सकें तो प्रतिभागियों के साथ इस संबंध में आवश्यक सम्पर्क स्थापित करने में हमें बहुत सुविधा होगी।

इस पाठ्यक्रम के लिए कोई फीस नहीं ली जाती है। किन्तु इस संबंध में प्रतिभागियों के यात्रा भत्ते/दैनिक भत्ते पर होने वाले व्यय का वहन संबंधित राज्य सरकार/ प्रायोजक संगठन द्वारा किया जाएगा।

प्रशिक्षण काल के दौरान प्रतिभागियों के ठहरने तथा भोजन आदि की व्यवस्था राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान के हॉस्टल में निर्धारित दरों पर की जा सकती है।

उपर्युक्त पाठ्यक्रम के लिए यदि आप अपने प्रतिभागियों को नामित करने हेतु आवश्यक कार्य वाही शीघ्र करा सकें तो बहुत आभारी हूंगा।

सधन्यवाद,

भवदीय,

पाठ्यक्रम निदेशक

प्रस्तावना

भाग - 'क'

1. पाठ्यक्रम का नाम : पाठ्यक्रम
2. प्रतिभागी/कार्मिक वर्ग : से सीधा संबंध रखने वाले वरिष्ठ स्तरीय चिकित्सा अधिकारी एवं अन्य अधिकारी।
3. नामित किए जाने वाले प्रतिभागियों की संख्या : दो से तीन
4. पाठ्यक्रम अवधि : से
5. आयोजन-स्थल : राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, बाब गंगनाथ मार्ग, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.
6. नामांकन की अंतिम तिथि :

भाग- 'ख'

1. औचित्य:
2. उद्देश्य : पाठ्यक्रम के सत्रावसान पर प्रतिभागियों को निम्नलिखित कार्यों को स्वयं सम्पन्न करने के लिए सक्षम बनाना है:
(1).....
(क)
(ख)
(2)
(3)
3. प्रमुख पाठ्य विषय: (1).....
(2)
4. शिक्षण-पद्धति: (1) व्याख्यान-चर्चा (लेक्चर डिस्कशन)
(2) ग्रुप -कार्य
(3) क्षेत्र-दौर
(4) संगठनात्मक व्यवहार प्रयोगशाला

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

.....
.....
.....

विषय:विषय पर दिनांक से.....
दिनांक तक आयोजित किए जाने वाले पाठ्यक्रम में प्रतिभागिता के लिए
अधिकारियों के नामांकन।

महोदय,

उपर्युक्त विषय पर आपके दिनांक:..... के पत्र संख्या:
के संदर्भ में निवेदन है कि उपरोक्त पाठ्यक्रम में भाग लेने हेतु आप द्वारा नामित निम्नलिखित दोनों
अधिकारियों का नामांकन इस शर्त के साथ स्वीकार कर लिया गया है कि राज्य सरकार भी इस संबंध
में अपनी औपचारिक अनुमति प्रदान कर दे :

- 1.
- 2.

राज्य सरकार से औपचारिक अनुमति जारी होने के पश्चात, कृपया दोनों अधिकारियों को
निर्देश दें कि वे रजिस्ट्रेशन हेतु दिनांक:..... को प्रातः ठीक 9.00 बजे संस्थान के
शिक्षण-खण्ड में उपस्थित होने का कष्ट करें। पाठ्यक्रम के दौरान, यदि प्रतिभागी संस्थान के हॉस्टल
में रहने के इच्छुक हों तो निर्धारित दरों के आधार पर उनके लिए ठहरने की व्यवस्था की जा सकती
है। कृपया यह भी नोट करें कि उन्हें ठहरने के लिए केवल 'सिंगल रूम' ही उपलब्ध कराया जा
सकता है तथा 'फैमिली सूट्स' संबंधी अनुरोध स्वीकार करना संभव नहीं हो सकेगा।

भवदीय,

पाठ्यक्रम निदेशक

प्रति प्रेषित:

- 1.
- 2.

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:.....

*** बेबाकी प्रमाणपत्र ***

प्रमाणित किया जाता है कि जहां तक इस संस्थान का संबंध है श्री.....जो दिनांक: संस्थान की सेवा से सेवानिवृत्त होंगे, के पास संस्थान का कुछ भी बकाया नहीं है।

अनुभाग अधिकारी

श्री.....,

.....

सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रति प्रेषित:

1. लेखा अधिकारी, रास्वापकसंस्थान।
2. भण्डार अधिकारी, रास्वापकसंस्थान।

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:.....

ज्ञापन

एतद्वारा डा..... को सूचित किया जाता है कि
दिनांक:..... को में
आयोजित की जाने वाली निम्नलिखित बैठक/सम्मेलन/कार्यशाला/सेमीनार में भाग लेने हेतु निदेशक
द्वारा उन्हें अनुमति प्रदान कर दी गई है:

.....
.....
.....

संस्थान द्वारा उन्हें यात्रा भत्ते/दैनिक भत्ते के रूप में कोई भुगतान नहीं किया जाएगा।
उपरोक्त उद्देश्य हेतु कार्यालय से उनकी अनुपस्थिति को कार्य पर 'ड्यूटी' के रूप में समझा जाएगा।
उक्त उद्देश्य के लिए प्राप्त होने वाला पारिश्रमिक निदेशक की पूर्व अनुमति से स्वीकार किया जा
सकता है। पारिश्रमिक प्राप्त होने अथवा न होने के संबंध में सूचना दौरा समाप्त होने की एक सप्ताह
की अवधि के अन्दर लेखा अनुभाग के साथ-साथ अकादमिक अनुभाग को भी भेजी जानी चाहिए।

उप-निदेशक (प्रशा.)

प्रति प्रेषित:

- 1.
- 2.

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ मार्ग, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:.....

सेवा में,

.....
.....
.....

विषय:दर सूची।

महोदय,

निवेदन है कि संलग्न विवरणिका में उल्लिखित शर्तों के अनुसार निम्नलिखित सामग्री मदों/संलग्न अनुसूची में लिखी गई सामग्री मदों की आपूर्ति के लिए कृपया अपनी फर्म के लैटर हैड पर अपने हस्ताक्षरों के साथ अपनी दर सूची इस संस्थान को भेजने का कष्ट करें। दर सूची में जो दरें निवेदित की जाती हैं उनमें पैकिंग तथा प्रेषण संबंधी सभी प्रकार के प्रभार सम्मिलित होने चाहिए। इस प्रकार भेजी जाने वाली दर सूची निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान के नाम से भेजी जानी चाहिए तथा यह दर सूची एक सील बन्द लिफाफे में होनी चाहिए। जिसके ऊपर संबंधित 'दर सूची संख्या:..... तथा दरसूची खोलने की तिथि:' शब्द अंकित होने चाहिए। दर सूची दिनांक:..... को सायं 3.00 बजे इस संस्थान में अवश्य प्राप्त हो जानी चाहिए (यह दर सूची डाक द्वारा भेजी जा सकती है अथवा राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, बाबा गंगनाथ मार्ग मुनीरका, नई दिल्ली-110067 के प्रशासनिक खण्ड में रखे 'टैंडर बाक्स' में डाल कर पहुंचाई जा सकती है)। यह दर सूचियां उसी दिन उपस्थित निविदाकारों (यदि कोई हो तो) के समक्ष खोली जाएंगी:

भण्डार अधिकारी
कृते निदेशक, रास्वापक संस्थान

क्रमांक	सामग्री का नाम तथा विवरण	अपेक्षित मात्रा	लेखांकन इकाई

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

आपूर्ति की प्रमुख शर्तें

1. किसी भी निविदाकार द्वारा इस दर पूछताछ का उत्तर देने पर यह समझा जाएगा कि निविदाकार इस प्रलेख में दी गई शर्तों से सहमत है। सफल निविदाकार के साथ अलग से कोई अनुबन्ध नहीं किया जाएगा, इसलिए इस दस्तावेज में उल्लिखित शर्तें उक्त सफल निविदाकार पर भी अधिमान्य होंगी। सशर्त निविदाएं रद्द की जा सकती हैं। किसी भी प्रकार का विवाद होने की स्थिति में इस संस्थान के निदेशक महोदय द्वारा लिया गया निर्णय अंतिम तथा अधिमान्य होगा।
2. आपकी दरें मुहरबन्द लिफाफे में भेजी जानी चाहिए, जिस पर "..... के लिए दरें, दरें खुलने की तिथि लिखा होना चाहिए। यह दरें निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, न्यू महारौली रोड, मुनीरका, नई दिल्ली-110067 के पते पर उल्लिखित तिथि तक या उससे पहले पहुंच जानी चाहिए। निर्धारित समय तथा तिथि के पश्चात प्राप्त दरों (कोटेशन) को रद्द कर दिया जाएगा तथा उन पर विचार नहीं किया जाएगा।
3. ऐसी स्थिति में जब दरें एक से अधिक पृष्ठों में लिखी गई हों, तो प्रत्येक पृष्ठों पर आपके हस्ताक्षर अवश्य होने चाहिए। जिन मदों की दरें आप नहीं दे सकते, उन मदों के सामने कृपया " दरें नहीं लिखी गई" लिखने का कष्ट करें। बिना हस्ताक्षर की गई दरों पर कोई कार्यवाही नहीं की जाएगी।
4. किसी भी अंक अथवा शब्द को काट छांट करके नहीं लिखा जाना चाहिए। जिन शब्दों अथवा अंकों में काट-छांट करने की आवश्यकता हो कृपया उन्हें दुबारा लिख कर उन पर अपने हस्ताक्षर किए जाने चाहिए। जिन दर सूचियों में इस शर्त को पूरा नहीं किया जाएगा, उन पर कोई विचार नहीं किया जाएगा।
5. दर सूची में दी जाने वाली दरें शुद्ध प्रति इकाई के आधार पर दी जानी चाहिए तथा इसमें पैकिंग और इन मदों की डिलीवरी संस्थान के भण्डार अनुभाग, अकादमिक ब्लॉक, न्यू महारौली रोड, मुनीरका, नई दिल्ली-110067. में करने संबंधी सभी प्रकार का प्रभार आदि भी सम्मिलित होना चाहिए। जो सामग्री आपूर्ति के लिए प्रस्तावित की जाती है उसकी श्रेणी, जैसे सामग्री आयातित है अथवा स्वदेशी, उसका मेक तथा टाइप और सामग्री से संबंधित पूर्ण ब्यौरा विस्तार से दिया जाना चाहिए। निविदाकारों को आयात-लाइसेंस आदि के बारे में संस्थान से कोई भी सुविधा प्रदान नहीं की जा सकेगी।
6. इस दर पूछताछ में दरें, प्रत्येक मद के सामने स्याही में स्पष्ट रूप से लिखी जानी चाहिए, ताकि उन्हें ठीक ढंग से पढ़ा जा सके। दर सूची में संबंधित मद का पूरा विवरण, आकार-प्रकार आदि दिया जाना चाहिए। तकनीकी विवरण तथा रेखाचित्रों के विवरण संबंधी पुस्तिकाएं दर-सूची के साथ ही संलग्न की जानी चाहिए।
7. जिन मदों पर बिक्री कर/सामान्य कर जहां वैध रूप से लगता हो तथा जिनमें क्लेम किया जाना हो, उन मदों की निवेदित दरों के सामने बिक्रीकर/सामान्य कर आदि का स्पष्ट रूप से अलग से उल्लेख किया जाना चाहिए। जहां ऐसा नहीं किया जाता, वहां किसी भी स्थिति में अथवा किसी भी आधार पर बिक्रीकर/सामान्य कर संबंधी उनके दावे को स्वीकार नहीं किया जाएगा।

8. इस दर पूछताछ के प्रत्युत्तर में निवेदित दरें आगामी र्वा के मार्च महीने के अंतिम दिन तक वैध रहेंगी। इस अवधि में निविदाकार के पक्ष में संस्थान से समय-समय पर प्राप्त (किन्तु कार्य के अंतिम दिन तक) ऐसी आपूर्ति आदेशों को स्वीकार करना बाध्यकर होगा, जो आपूर्ति आदेश निविदाकार द्वारा निवेदक दरों तथा सामग्री की निवेदित मात्रा के अनुसार अथवा बढ़ी हुई मात्रा में अपनी आवश्यकतानुसार आपूर्ति के लिए संस्थान द्वारा भेजे जाते हैं। संस्थान की समिति द्वारा निविदाएं खोलने के पश्चात से उक्त वर्ष की अवधि में निवेदित दरों में किसी भी प्रकार की वृद्धि संबंधी किसी भी अनुरोध पर न तो कोई विचार ही किया जाएगा और न ही वृद्धि करने की अनुमति दी जाएगी।
9. आप द्वारा निवेदित दर सूची के आधार पर आपसे जब भी सैम्पल मंगाए जाएँ, तो निर्धारित तिथि तक पूरे ब्यौरे के साथ मुहरबन्द सैम्पल तुरन्त भिजवाए जाने चाहिए। ऐसा न करने पर आपकी दर सूची पर विचार नहीं किया जाएगा।
10. जैसे ही सफल निविदाकार को निविदा के स्वीकृत होने के बारे में सूचित किया जाता है, तत्काल ही संविदा को पूर्ण रूप से प्रवृत्त हुआ समझा जाएगा तथा निविदाकार इस दस्तावेज में दी गई शर्तों, जो निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान द्वारा प्रवर्तित होंगी, का पालन करने के लिए बाध्य होगा। सफल निविदाकार के साथ अलग से कोई नई अथवा नियमित संविदा नहीं लिखी जाएगी।
11. इस दर-पूछताछ में वस्तुओं की उल्लिखित मात्रा केवल अनुमानित आवश्यकता के आधार पर दी गई है तथा आपूर्ति आदेश देने के समय आवश्यकतानुसार इसमें परिवर्तन किया जा सकता है। जब तक यह दरें लागू रहती हैं, उस अवधि में सफल निविदाकार, इस संस्थान द्वारा दिए गए इस प्रकार के आपूर्ति आदेशों को स्वीकार करने तथा अनुपालन करने के लिए बाध्य होगा।
12. प्रत्येक सफल निविदाकार को बयाने के रूप में सामग्री रू..... की राशि निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली-110067. के पक्ष में देय डिमान्ड ड्राफ्ट के माध्यम से जमा करानी होगी।
13. कृपया यह नोट करने का कष्ट करें कि आपूर्ति आदेश में उल्लिखित डिलीवरी की तिथि का कड़ाई से अनुपालन किया जाए। यदि किन्हीं विशेष कारणों से निर्धारित अवधि में सामग्री की डिलीवरी नहीं की जा सकी हो तो, डिलीवरी की अवधि बढ़ाने हेतु आवेदन, जिसमें आवश्यक कारणों का ब्यौरा दिया गया हो, पर्याप्त समय पूर्व दिया जाना चाहिए। संस्थान के निदेशक के विवेकाधिकार से डिलीवरी की अवधि बढ़ाने की अनुमति प्रदान की जा सकती है, अथवा वह अपने विवेकाधिकार से आपूर्ति आदेश रद्द कर सकते हैं। सामग्री की डिलीवरी के लिए निर्धारित की गई तिथियों तक सामग्रियों की सप्लाई कर पाने में बार-बार असफल रहने के परिणामस्वरूप निविदाकार को भविष्य में दरों संबंधी पूछताछ जारी करने पर रोक लगाई जा सकती है तथा इसके अतिरिक्त "असफल निविदाकार के रिस्क तथा जिम्मेदारी" पर सामग्री की खरीद की जा सकती है।
14. संविदा लागू रहने की अवधि में निविदाकार द्वारा सामग्री की डिलीवरी संबंधी समयसारणी का अनुपालन न करने के परिणाम स्वरूप, संदेहयुक्त गुणवत्ता तथा सामग्री की कम मात्रा में आपूर्ति के कारण संस्थान को किसी भी प्रकार की हानि होने की स्थिति में उस नुकसान की वसूली निविदाकार से की जाएगी तथा इसके साथ-साथ उसकी बयाना राशि/प्रतिभूति राशि जो संस्थान में जमा रखी होगी, जब्त कर ली जाएगी। निविदाकार द्वारा सामग्री की आपूर्ति करने संबंधी आदेश का अनुपालन न कर पाने की स्थिति में निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान को यह अधिकार होगा कि वह निविदाकार के "रिस्क तथा जिम्मेदारी" पर उक्त सामग्री खरीद सकें। इस प्रकार की खरीद के परिणामस्वरूप खरीद-लागत में हुई वृद्धि की प्रतिपूर्ति निविदाकार द्वारा संस्थान में जमा कराई गई बयाना राशि में से वसूली करके की जाएगी तथा/अथवा सफल निविदाकार के लंबित पड़े हुए बिल में से वसूल की जाएगी।

15. निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान को किसी भी निविदा को स्वीकार अथवा रद्द करने का अधिकार सुरक्षित होगा। उनका यह अधिकार भी सुरक्षित होगा कि वह किसी भी सफल निविदाकार/निविदाकारों को जारी किए गए आपूर्ति आदेश को बिना कोई कारण बताए रद्द कर सकते हैं।
16. शर्तों को लागू कराए जाने तथा/अथवा शर्तों में किसी प्रकार की छूट दिए जाने तथा निविदाओं को रद्द करने अथवा स्वीकार करने के संबंध में संस्थान के निदेशक, द्वारा लिया गया निर्णय अंतिम तथा मान्य होगा और निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, निविदाकारों द्वारा यहां उल्लिखित शर्तों का अनुपालन करने के कारण वहन की गई किसी प्रकार की क्षति/दायित्वों के प्रति उत्तरदायी नहीं होंगे।
17. सामग्री प्राप्त होने पर उसका निरीक्षण किए जाने के पश्चात सामग्री स्वीकार कर लेने तथा रसीदयुक्त बिल प्राप्त हो जाने पर बिलों का भुगतान रेखांकित चैक के द्वारा भारतीय स्टेट बैंक, आर.के.पुरम, सेक्टर-1, नई दिल्ली-110022.शाखा के माध्यम से यथोचित अवधि में कर दिया जाएगा। ब्याज आदि के संबंध में किसी शर्त आदि पर कोई विचार नहीं किया जाएगा।

निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, नई दिल्ली

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

प्रिय महोदय,

आपकी दिनांक: की दर सूची संख्या: के
संदर्भ में निवेदन है कि कृपया अपनी उद्घृत दरों के अनुसार निम्नलिखित सामग्री की सप्लाई करने
का कष्ट करें :

क्रमांक	मद	मात्रा	दर	राशि

उक्त सामग्री पर स्थानीय बिक्री कर लागू होने की स्थिति में इसका अतिरिक्त भुगतान बिल में बिक्रीकर प्रमाणपत्र संबंधी अपेक्षित उल्लेख करने पर ही किया जाएगा।

सामग्री की सप्लाई ताजे स्टॉक में से की जानी चाहिए तथा उनमें कोई कमी नहीं होनी चाहिए। कमी वाली/घटिया सामग्री को किसी भी अवस्था में स्वीकार नहीं किया जाएगा।

सामग्री की डिलीवरी उपर्युक्त पते पर तत्काल तथा बिना किसी प्रकार के डिलीवरी शुल्क के दिनांक: तक कर दी जानी चाहिए।

सामग्री की सप्लाई करने पर तथा सप्लाई स्वीकृत कर लिए जाने के पश्चात कृपया भुगतान हेतु रसीदी टिकट युक्त बिल की तीन प्रतियां जिसमें "भुगतान प्राप्त किया" शब्द अंकित हो, इस संस्थान को भेजने का कष्ट करें, ताकि आपके बिल का भुगतान किया जा सके।

भवदीय,

भण्डार अधिकारी,
कृते निदेशक, रास्वापक संस्थान,

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

एस.डी.ओ.,
महानगर टेलीफोन निगम लि.
.....
नई दिल्ली-

विषय: राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान के परिसर में लगे टेलीफोन कनेक्शन को
ठीक करवाने के बारे में -

महोदय,

निवेदन है कि, हमारे संस्थान के परिसर में लगा टेलीफोन नम्बर,
पिछले दिन से ठीक प्रकार से कार्य नहीं कर रहा है। इस संबंध में टेलीफोन नम्बर 2198
से आपके मरम्मत अनुभाग (शिकायत संख्या:.....) में शिकायत भी दर्ज करवाई गई थी।
किन्तु, उपर्युक्त टेलीफोन अभी तक ठीक नहीं किया जा सका है। अनुरोध है कि कृपया टेलीफोन
कनेक्शन को तत्काल ठीक करवाने का कष्ट
करें।

भवदीय,

(कार्यशाला एवं अनुसंधान अधिकारी)

प्रति प्रेषित:

.....
.....
.....

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

.....
.....
.....

विषय: टेलीफोन नम्बर को शिफ्ट करने के बारे में -

महोदय,

इस संस्थान के दिनांक:..... के समसंख्यक पत्र के अनुक्रम में निवेदन है कि, हमारा टेलीफोन नम्बर जो आपके पास सुरक्षित (सेफ कस्टडी में) रखा हुआ है, कृपया उसे अब प्रोफेसर के निवास दिल्ली में तत्काल लगवाने का कष्ट करें। उक्त प्रोफेसर महोदय ने इस संस्थान में दिनांक: को कार्यभार ग्रहण किया है।

टेलीफोन कनेक्शन शिफ्ट पर होने वाले खर्चे का भुगतान इस संस्थान द्वारा किया जायेगा।

भवदीय,

(कार्यशाला एवं अनुरक्षण अधिकारी)

सूचनार्थ प्रति प्रेषित:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

संख्या:
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
बाबा गंगनाथ, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.

दिनांक:

सेवा में,

.....
.....
.....

विषय: हॉस्टल में ठहरने की व्यवस्था के बारे में -

महोदय,

उपर्युक्त विषय पर कृपया अपने दिनांक: के पत्र संख्या: का अवलोकन करने का कष्ट करें। इस संबंध में आपकी सूचनार्थ, निवेदन है कि आपके पत्र में जो अवधि लिखी गई है, उस दौरान हमारा हॉस्टल अपने प्रशिक्षणार्थियों से भरा रहेगा। इसलिए आपके लिए संस्थान के हॉस्टल में ठहरने की व्यवस्था करना हमारे लिए संभव नहीं हो सकेगा। इसलिए आपसे निवेदन है कि कृपया अपने ठहरने के लिए कोई वैकल्पिक व्यवस्था करने का कष्ट करें।

सधन्यवाद,

भवदीय,

हॉस्टल प्रभारी

निदेशक

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
शुक्रवार 9 मार्च, सायं 4.00 बजे
संस्थान के वार्षिक दिवस समारोह पर
संस्थान के परिसर, न्यू महारौली रोड, मुनीरका,
नई दिल्ली में आपको सादर आमंत्रित करते हैं।

श्री

(अध्यक्ष, प्रबन्ध निकाय, रास्वापकसं)
केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री
इस समारोह के मुख्य अतिथि होंगे।

प्रोफेसर.....

सदस्य, योजना आयोग
वार्षिक दिवस व्याख्यान देंगे।

कार्यक्रम

स्वागत भाषण एवं संस्थान के प्रमुख
कार्यकलापों पर एक विहंगम दृष्टि

प्रोफेसर.....
निदेशक, रास्वापक संस्थान

वार्षिक दिवस व्याख्यान

प्रोफेसर.....
सदस्य, योजना आयोग

मुख्य अतिथि द्वारा अभिभाषण
एवं पुरस्कार वितरण

श्री

(अध्यक्ष, प्रबन्ध निकाय, रास्वापकसं)
केन्द्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्री

धन्यवाद प्रस्ताव

प्रोफेसर.....
..... रास्वाक संस्थान

जलपान

निदेशक
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान

विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा वित्तपोषित
स्वास्थ्य अर्थ-व्यवस्था एवं प्रबंधन पर कार्यशाला के
उद्घाटन समारोह पर आपको सादर आमंत्रित करते हैं।

बुद्धवार, 19 मार्च, को प्रातः 10.00 बजे
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान,
नई दिल्ली-110067 के शिक्षण खण्ड में किया जायेगा।

उत्तराकांक्षी: 26166562, 26150538

कार्यक्रम

स्वागत	प्रोफेसर..... निदेशक, रास्वापक संस्थान
कार्यशाला की पृष्ठभूमि एवं उद्देश्य	प्रो..... समन्वयकर्ता
उद्घाटन भाषण	डा.....
धन्यवाद प्रस्ताव	श्री

जलपान

टिप्पणियां/Notes

1. श्री..... ने अपने वर्तमान अभिवेदन में वही बातें दोहराई हैं जो उनके पहले अभिवेदन में कही जा चुकी हैं और जिन पर पहले ही विचार किया जा चुका है। अपना पूर्व-निर्णय बदलने का कोई औचित्य नहीं दिखाई पड़ता। अतः यह अभिवेदन अस्वीकार कर दिया जाये तथा श्री को कह दिया जाये कि भविष्य में इस विषय पर और कोई अभिवेदन नहीं लिया जायेगा।
2. श्री ने दो मास की अर्जित छुट्टी मांगी है, जो उनके खाते में जमा है। उनकी जगह किसी एवजी की मांग भी नहीं की गई है। अतः छुट्टी मंजूर कर दी जाए। कार्यलय आदेश का मसौदा अनुमोदन के लिए प्रस्तुत है।
3. श्री..... जिनको इस संस्थान के दिनांक:..... के समसंख्यक ज्ञापन द्वारा दिनांक:..... से दिनांक:..... तक अर्जित छुट्टी मंजूर की गई थी, अपने काम पर दिनांक:..... को हाजिर हो गए हैं।
4. निदेशक महोदय श्री की पुनर्नियुक्ति के बारे में निर्धारित सिद्धान्तों के अनुसार विचार करें।
5. वित्त मंत्रालय से कृपया पुनर्विचार करने के लिए अनुरोध किया जाए।
6. आवेदन-पत्र ठीक लगता है। मंजूरी के मसौदे के अनुसार आवश्यक अनुज्ञा देने में हमें कोई आपत्ति नहीं होनी चाहिए।
7. ऐसी स्थिति में हम पृष्ठ 5/ पत्राचार पर रखे पत्र का अधिक्रमण करते हुए एक परिशोधित आदेश जारी कर दें।
8. आवेदनकर्ता को सूचित कर दिया जाये कि सभी अराजपत्रित पदों पर नियुक्तियां उन्हीं उम्मीदवारों में से की जाती हैं, जो रोजगार कार्यालय की मार्फत आते हैं।
9. उसे सूचित कर दिया जाये कि यदि उसने अपना नाम अभी तक अपने पास के किसी रोजगार कार्यालय में दर्ज न कराया हो तो अब दर्ज करा लें।
10. उम्मीदवार के चरित्र और पूर्ववृत्त का सत्यापन कर लिया गया है और उसे संतोषजनक पाया गया है।
11. श्री के पेंशन संबंधी कागज तैयार हो गए हैं। इनको आवश्यक कार्यवाही के लिए लेखा अनुभाग को भेज दिया जाये।

12. स्वास्थ्य सेवा के महानिदेशक से अनुरोध किया जाए कि वह केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य सेवा का दूसरा पहचान कार्ड जारी कर दें।
13. पटेल दो जून 18.10 बजे कोलकाता पहुँच रहे हैं। हवाई अड्डे पर मिलें।
14. निदेशक बीस को सुबह लखनऊ एक्सप्रेस से रामपुर पहुँच रहे हैं।
15. समिति की बैठक रास्वापकसं में 21 और 22 के बजाए 22 और 23 को होगी।
16. पुटि कीजिए क्या सम्मेलन में आमंत्रित सभी प्रतिनिधियों से स्वीकृति आ गई है।
17. सूचित कीजिए क्या श्री ट्रेनिंग कोर्स में दाखिल कर लिए गए हैं।
18. निर्देशानुसार संस्थान में मंजूर हुए अस्थायी और स्थायी पदों की अद्यतन स्थिति का ब्यौरा फाइल में संलग्न है।
19. दिनांक से तक की सेवा का, वेतन बिलों की कार्यालय प्रतियों के आधार पर, सत्यापन कर लिया गया है।
20. बिल का सत्यापन कर लिया गया है। यह ठीक है। भुगतान के लिए पारित किया जाए।
21. करार के अनुसार जमानत राशि की अवधि पूरी हो चुकी है। जमानत राशि लौटा दी जाए। रसीद भुगतान के लिए पास कर दी गई है।
22. बिल निम्नलिखित आपत्तियों के साथ वापस किया जाता है:
23. नीचे लिखे अधिकारी का वर्ष का सामान्य भविष्य निधि लेखे का विवरण साथ में भेजा जा रहा है। यह अनुरोध है कि इस विवरण को निकाल लिया जाए और उसका पावती वाला हिस्सा यथाविधि भरकर इस अनुभाग को लौटा दिया जाये।
24. जलपान संबंधी चार बिल नीचे रखे हैं। वे सब ठीक हैं। उनके भुगतान करने की स्वीकृति दे दी जाए।
25. पुराने रिकार्ड से पड़ताल कर ली गई है कि दिनांक के बिल नम्बर का अभी तक भुगतान नहीं किया गया है।
26. विवरण की पड़ताल कर ली गई है। लागत 500 रु. आती है। यह अनुसूची-मद है और ठीक है। दर गणना में मामूली त्रुटि थी जो इस कार्यालय में ठीक कर दी गई है।

27. इसमें जो खर्च होगा वह शीर्ष पर प्रभार्य है।
28. श्री ने अपनी बीमारी के खर्च के लिए सामान्य भविय निधि से दो सौ रूपये निकालने की प्रार्थना की है। उनका आवेदन नियमानुकूल है। इसे स्वीकार कर लिया जाए।
29. जिस (जिन) ट्रंक काल (कालों) का बिल प्राप्त हुआ है, वह (वे) घर/दफ्तर के टेलफोन संख्या से की गई थी (थीं)। इससे पहले कि भुगतान किया जाये के निजी सचिव/वैयक्तिक सहायक कृपया यह देखें कि कॉल सरकारी काम से की गई थी या नहीं। जो कालें निजी हैं, उनकी रकम रोकड़ अनुभाग में जमा कर दी जाए।
30. इस संस्थान के श्री को क्वार्टर संख्या:..... का आबंटन किया गया है। इस सिलसिले में वह कृपया यह बतायें कि क्या उन्हें यह आबंटन स्वीकार है।
31. यदि सरकार के हितों की रक्षा के लिए यथेष्ट सावधानी बरती जाती, तो यह व्यर्थ खर्च न हुआ होता।
32. इस राशि को बट्टे खाते में डालने से पहले जिम्मेदारी निर्धारित करना जरूरी होगा।
33. यह राशि अब वसूल होने योग्य नहीं रही। इसे बट्टे खाते में डाल दिया जाए।
34. अनुभाग ने रिपोर्ट भेजी है कि उनके अनुभाग के दोनों टाइपराइटर काम नहीं कर रहे हैं। उन्होंने इन टाइपराइटरों की मरम्मत की शीघ्र व्यवस्था करने का अनुरोध किया है। सर्वश्री..... को मरम्मत व्यय का अनुमान भेजने के लिए कहा जाये।
35. कम्पनी से अनुरोध किया जाए कि डुप्लीकेटिंग के दोषों की जांच करने के लिए अपना मैकेनिक (मिस्त्री) भेज दें।
36. अनुभाग द्वारा मांगा गया फर्नीचर इस समय भण्डार में नहीं है। हम उसको खरीदने के लिए लगभग आधा दर्जन प्रख्यात फर्मों से भाव मंगा लें।
37. इस कमरे की दो कुर्सियों में बेंत फिर लगनी हैं। यह काम जल्दी करा लिया जाए।
38. उप-निदेशक की कार्यालय-मेज में कुछ मरम्मत होनी है। बढई को उसे ठीक करने को कह दिया जाए।
39. हमारे पास स्टॉक में दो टायर बचे हैं। 30 ट्यूब और 30 टायर खरीदने के लिए आवश्यक कार्य वाही की जाए।

40. कमरा नं. 265 में कृपया एक बिजली की घंटी लगवा दी जाए।
41. श्री ने इस कार्यालय में आज कार्यभार संभाला है। हम सुरक्षा अधिकारी को कहें कि उनको एक महीने के लिए अस्थायी पास जारी कर दें।
42. इस कार्यालय में ऐसे अनेक कमरे हैं जिनमें लोहे की छड़ें नहीं लगी हैं। लेखन-सामग्री की अनेक वस्तुएं, फार्म, महत्वपूर्ण कागज-पत्र, मिसिलें इत्यादि उन कमरों में असुरक्षित रखी हुई हैं। ऐसे कमरों से वस्तुओं की चोरी हो जाने का जोखिम सदैव रहता है।
43. कृपया परिसर (जगह) का निरीक्षण कर लें तथा कमरों की मरम्मत और संलग्न टिप्पणी में उल्लिखित अन्य काम कराने का प्रबंध करें।
44. कृपया देख लें और प्रमाणित कर दें कि वे सभी समाचार पत्र पत्रिकाएं जिनका उल्लेख साथ लगे बिल में हैं..... मास में आई थी। इसे कृपया 'तुरंत' समझा जाये।
45. यह प्रमाणित किया जाता है कि खरीद बाजार के न्यूनतम भाव पर की गई है।
46. मैं प्रमाणित करता हूं कि जिस आवास के लिए मैंने मकान किराये भत्ते का दावा किया है उसका कोई भाग न किराये पर दिया गया है और न उसमें आम तौर पर मेरे परिवार वालों के अलावा कोई दूसरा व्यस्क रहता है।
47. कमरे संख्या:..... काफी गन्दे हो गये हैं। इनमें सफेदी कराने का प्रबन्ध शीघ्र कर दिया जाए।
48. समिति कक्ष की खिड़कियों के कई शीशे टूटे पड़े हैं। इनकी जगह दूसरे शीशे लगवा दिए जाए।
49. हमारी घंटी काम नहीं कर रही है। कृपया इसे शीघ्र ठीक करवा दें।
50. श्री को, जिनके पहचान कार्ड की संख्या:..... है, अधिकार दिया गया है कि वह अधोलिखित सरकारी वस्तुएं संस्थान के परिसर के बाहर ले जा सकते हैं।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान
NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE
विभागों/अनुभागों तथा पदनामों के अंग्रेजी-हिन्दी नाम
Nomenclature of Departments/Sections & Designations

Director's Office	निदेशक कार्यालय
Dean Office	डीन कार्यालय
Deputy Director (Admn.) Office	उप-निदेशक (प्रशा.) कार्यालय

विभाग/Departments

Community Health Administration	सामुदायिक स्वास्थ्य प्रशासन
Communication	संचार
Education and Training	शिक्षा एवं प्रशिक्षण
Epidemiology	जानपदिक रोगविज्ञान/एपीडेमियोलॉजी
Medical Care & Hospital Administration	चिकित्सकीय देखरेख एवं अस्पताल प्रशासन
Planning and Evaluation	योजना एवं मूल्यांकन
Population, Genetics & Human Development.	जनसंख्या, आनुवंशिकी एवं मानव विकास
Reproductive Bio-medicine	प्रजनन जैव चिकित्सा
Social Sciences	समाज विज्ञान
Statistics and Demography	सांख्यिकी एवं जनांकिकी
Management Sciences	प्रबन्ध विज्ञान
National Documentation Centre	राष्ट्रीय_प्रालेखन केन्द्र

अनुभाग एवं एकक/Sections and Units

Academic Section	अकादमिक अनुभाग
Accounts Section	लेखा अनुभाग
Administration Section	प्रशासन अनुभाग
General Administration Section	सामान्य प्रशासन अनुभाग
Hindi Cell	हिन्दी कक्ष
Stores Section	भण्डार अनुभाग
Workshop & Maintenance Section	कार्यशाला एवं अनुस्क्षण अनुभाग
Project Cell	परियोजना कक्ष
Receipt & Issue Unit	प्राप्ति एवं प्रेषण यूनिट
Computer Centre	कम्प्यूटर केन्द्र
Hostel	हॉस्टल
Canteen	कैंटीन

राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान

भवन खण्डों के नाम

Administrative Block	प्रशासनिक खण्ड
Academic Block	अकादमिक खण्ड
Display Hall	प्रदर्शन कक्ष
Animal House	जन्तुशाला
Incinerator	निर्दाहक
Air-conditioning Plant	वातानुकूलन संयंत्र
Clinic/Hospital Block	क्लिनिक/अस्पताल खण्ड
Electricity sub-station	विद्युत उप-केन्द्र
National Documentation Centre Block .	राष्ट्रीय प्रालेखन केन्द्र खण्ड
Teaching Block	शिक्षण खण्ड
Cafeteria	अल्पाहार-गृह
Workshop Block	कार्यशाला खण्ड
Hostel Block	हॉस्टल खण्ड
Guest House	अतिथि गृह
Residential Complex	आवासीय परिसर
Pump House	पम्प घर
Underground Water Tank	भूमिगत जलाशय

DESIGNATION	पदनाम
Director	निदेशक
Dean	डीन
Professor	प्रोफेसर
Deputy Director (Admn.)	उप-निदेशक (प्रशा.)
Associate Professor	सह प्रोफेसर
Assistant Professor	सहायक प्रोफेसर
Senior Documentation Officer	वरिष्ठ प्रालेखन अधिकारी
Research Officer	अनुसंधान अधिकारी
Medical Officer	चिकित्सा अधिकारी
Technical Officer	तकनीकी अधिकारी
Accounts Officer	लेखा अधिकारी
Section Officer	अनुभाग अधिकारी
Stores Officer	भण्डार अधिकारी
Health Educator	स्वास्थ्य शिक्षक
Librarian	पुस्तकाध्यक्ष
Training Officer	प्रशिक्षण अधिकारी
Assistant Director (O.L.)	सहायक निदेशक (राजभाषा)
Workshop & Maintenance Officer	कार्यशाला एवं अनुरक्षण अधिकारी
Assistant Research Officer	सहायक अनुसंधान अधिकारी
Stenographer	आशुलिपिक
Photographer	फोटोग्राफर
Senior Artist	वरिष्ठ कलाकार
Sub-editor	उप-संपादक
Senior Technical Assistant	वरिष्ठ तकनीकी सहायक
Cameraman (Microfilming)	कैमरा मैन (माइक्रोफिल्मिंग)
Silkscreen Technician	सिल्क स्क्रीन तकनीशियन
Senior Public Health Nurse	वरिष्ठ पब्लिक हेल्थ नर्स
Accountant	लेखापाल
Assistant	सहायक
Senior Draftsman	वरिष्ठ प्रारूपकार/ड्राफ्टमैन
Research Assistant	अनुसंधान सहायक
Senior Machine Operator	वरिष्ठ मशीन प्रचालक
Public Health Nurse	पब्लिक हेल्थ नर्स
Offset Press Operator	ऑफसेट प्रेस प्रचालक
Cameraman-cum-plate maker	कैमरा मैन एवं प्लेट मेकर
I.B.M. typewriter Operator	आई.बी.एम.टाइपमशीन प्रचालक
Technical Assistant (Production)	तकनीकी सहायक (उत्पादन)
Technical Assistant (AV)	तकनीकी सहायक (श्रव्य-दृश्य)
Transport Supervisor	परिवहन पर्यवेक्षक
Assistant Librarian	सहायक-पुस्तकाध्यक्ष

Junior Hindi translator	कनिष्ठ हिन्दी अनुवादक
Electrical Supervisor	विद्युत पर्यवेक्षक
Theatre Sister	थियेटर सिस्टर
Stores Keeper	भण्डारी
Caretaker	अवधायक/केयर टेकर
Hostel Warden	हॉस्टल वार्डन
Wireman-cum-mechanic (Electrician)	वायरमैन एवं मेकैनिक (इलैक्ट्रिशियन)
Mechanic	मेकैनिक
Laboratory technician	प्रयोगशाला तकनीशियन
Machine Operator	मशीन प्रचालक
Data Entry Operator	डाटा प्रविष्टि प्रचालक
Lady Health Visitor (LHV)	लेडी हैल्थ विजिटर (एल.एच.वी.)
Draftsman	प्रारूपकार/ड्राफ्टमैन
Graining Machine Operator-cum-plate maker	ग्रेनिंग मशीन प्रचालक एवं प्लेट मेकर
Zerox Operator	जिरोक्स-प्रचालक
Projectionist	प्रक्षेपक
Upper Divisional Clerk	उच्च श्रेणी लिपिक
Upper Division Clerk-cum-Cashier	उच्च श्रेणी लिपिक एवं रोकड़िया
Receptionist	स्वागती
Junior Artist	कनिष्ठ कलाकार
Proof reader	प्रूफ-रीडर
Lower Division Clerk	अवर श्रेणी लिपिक
Hindi Typist	हिन्दी टाइपिस्ट
Assistant Stores Keeper	सहायक भण्डारी
Assistant Projectionist	सहायक-प्रक्षेपक
Addressograph Operator	पतालेखी प्रचालक
Feeder	फीडर
Copy Holder	मूल वाचक/कापी होल्डर
Library Attendant	पुस्तकालय परिचर
Driver	ड्राइवर
Carpenter	बढ़ई
Senior Gestether Operator	वरिष्ठ गेस्टेटनर प्रचालक
Plumber	नलसाज़
Book Binder	जिल्द साज
Inkman	इंकमैन
Field Attendant	क्षेत्र परिचर
Clinic Attendant	क्लिनिक परिचर
Junior Gestetner Operator	कनिष्ठ गेस्टेटनर प्रचालक
Library Attendant (Junior)	पुस्तकालय परिचर (कनिष्ठ)
Daftry	दफ्तरी
Packer	पैकर
Cleaner	क्लिनर

Cook	रसोइया
Assistant Cook	सहायक रसोइया
Assistant Cook-cum-Bearer	सहायक रसोइया एवं बैरा
Bearer	बैरा
Class Room Attendant	कक्षा परिचर
Room Attendant	कक्ष परिचर
Masalchi	मसालची
Peon	चपरासी
Frash	फराश
Sweeper	स्वीपर/सफाई कर्मचारी
Animal Attendant	पशु-परिचर
Mali	माली
Processing Attendant	प्रोसेसिंग परिचर
Helper Offset	ऑफसेट हैलपर