

विनियमन संबंधी जाँच-पत्र
(आवेदक द्वारा भरा जायेगा)

नाम : पदनाम , कार्यालय / संस्थान का नाम:

..... वरीयता क्रमांक : मो० सं०

ई-मेल आईडी०

1	प्रस्तावित विनियमन की अवधि :	:-	
2	प्रस्तावित विनियमन की अवधि का कारण : (छुट्टी / अनुपस्थिति / पदस्थापना की प्रतीक्षा / अन्य)	:-	
3	प्रस्तावित अवधि के पूर्व, दरम्यान एवं पश्चात चिकित्सक थे तो कहों, तत्संबंधी अवधि सहित विवरण :	:-	
4	प्रस्तावित आवेदन के प्रारम्भ एवं अन्त में प्रभार आदान-प्रदान हुआ है तो नियंत्री पदाधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित प्रभार प्रतिवेदन की छाया प्रति / प्रभार आदान-प्रदान नहीं हुआ तो क्यों :	:-	
5	प्रस्तावित अवधि में प्रस्थान करने के पूर्व सक्षम पदाधिकारी से अनुमति ली गई है तो किससे (साक्ष्य सहित) / या नहीं ली गई तो क्यों ?	:-	
6	प्रस्तावित अवधि के संबंध में ससमय सूचना नियंत्री पदाधिकारी द्वारा विभाग को दी गई है तो तद्संबंधी साक्ष्य एवं नहीं दी गई है तो क्यों :	:-	
7	प्रस्तावित अवधि के पश्चात पदस्थापना आदेश / अधिसूचना एवं योगदान / प्रभार प्रति का साक्ष्य दी गई है या नहीं तो क्यों		
8	प्रस्तावित अवधि के पहले एवं बाद में विनियमित / अविनियमित अवधि हो तो तद्संबंधी विवरण :	:-	
9	विलम्ब से विनियमन हेतु प्रस्ताव का कारण :	:-	
10	विनियमन हेतु महालेखाकार (ले० एवं ह०) / वित्त (वै०दा०नि०को०) विभाग से प्राप्त आदेयता प्रतिवेदन:	:-	
11	नियंत्री पदाधिकारी द्वारा अभ्यावेदन पर मंतव्य सहित अनुशंसा अंकित किया गया है या नहीं :	:-	
12	प्रस्तावित अवधि का विनियमन हेतु पूर्व में पत्राचार किया गया है तो तद्संबंधी साक्ष्य सहित विवरण :	:-	

नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर

चिकित्सा पदाधिकारी का हस्ताक्षर

116 (3)
06/13/2018