

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वसियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	नीरजा मिश्रा	ब्लॉक मुख्याधिकारी	का. मुख्य आश्रयन्ता (मि. नि. वि. पी.डी)	नीनीताल/ नीनीताल	का. मुख्य आश्रयः 1. लल्लानी 2. उल्मीड़ा 3. देहरादून	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छः) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण चिकित्सकीय प्रमाण पत्र चिकित्सकीय परिवर्तन-उत्तर	

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

Riceaj

नाम- नीरजा मिश्रा

पदनाम- ब्लॉक मुख्याधिकारी

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम- Digitally signed by
OM PRAKASH
पदनाम- Date: 14-05-2026
15:36:41

SANKALP PSYCHIATRIC & DEADDICTION CLINIC

A-9, PRIYADARSHINI NAGAR, BAREILLY
Ph.: 447830

340

16.12.17

MEDICAL CERTIFICATE

Certified that Mr./Mrs. Maresh Chan Mishra Son/Daughter/Wife of
Shri Nanda Ballabh Mishra R/o. Nainital whose Signature is
attested below is suffering from B.P.A.D. Coxically Ecithymia

- (1) He is under my out patient care since last 7.5 Years and has been advised rest
from to This is a chronic illness & requires
lifelong treatment with regular
(2) He remained admitted under my care from and is
follow ups to
advised rest from to
- (3) He is fit to resume his duty w.e.f.

Patient's Signature

महेश

Sig attested
Aec alhae
Dr. Ashwini K. Kuchhal
M.D. Psychiatry
Reg. No. 28334 (UPMCI)

Aec alhae
16/12/17
Ashwini K. Kuchhal
M.D. Psychiatry
Reg. No. 28334 (UPMCI)

Doctor's Signature

Accept

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्रम सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानांतरण हेतु 10 वैकल्पिक स्थान वरिष्ठता क्रम में	प्रकरण की धारा जिसके अंतर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
						7	8	
1	मुकेश गोस्वामी	सहायक भू-वैज्ञानिक	क्षेत्रीय कार्यालय, लो०नि०वि०, पौड़ी	नैनीताल / नैनीताल	1. क्षेत्रीय कार्यालय, लो० नि० वि०, अल्मोड़ा 2. - 3. - 4. - 5. - 6. - 7. - 8. - 9. - 10. -	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये धारा 17(1) (ख) (एक) धारा 17(1) (ख) (दो) धारा 17(1) (ख) (तीन) धारा 17(1) (ख) (चार) धारा 17(1) (ख) (पाँच) ✓ धारा 17(1) (ख) (छः) ✓ धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	प्रार्थी विगत 3 वर्षों से Mechanical Back Pain से ग्रसित है तथा नियमित उपचाराधीन है। वर्तमान तैनाती स्थल की दूरी एवं दुर्गमता तथा विभिन्न जनपदों में क्षेत्रीय भूगर्भीय कार्यों के कारण स्वास्थ्य एवं पारिवारिक दायित्वों का निर्वहन प्रभावित हो रहा है। अतः प्रार्थी का स्थानांतरण क्षेत्रीय कार्यालय, लो० नि० वि०, अल्मोड़ा में किया जाना न्यायोचित है।

नोट: कॉलम संख्या- 07 में दर्शाए गए आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र/प्रमाणित साक्ष्य संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी उक्त धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

Mukesh
04/05/2026
हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम - मुकेश गोस्वामी
पदनाम - सहायक भू-वैज्ञानिक

Prakash
11/5/26

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम - इं० ओम प्रकाश

पदनाम - मुख्य अभियंता, स्तर -1



"All India Institute of Medical Sciences Rishikesh"

UHID: 20240096653

CONSULTING ROOM NO : G027
CLINIC: Orthopaedics TOKEN NO: 111



OUT PATIENT RECORD

EHR ID : 24000250044672198

Name : MR. MUKESH GOSWAMI
Department : Orthopaedics
Dept No. : 2024/095/0012109
Date of Registration : 11-07-2024 11:52:41 AM
Unit : 2
Family Income/Year : ₹ .
Billing Type : GENERAL
Mobile No. : *****258
Address : . UTTARAKHAND, INDIA

1.1 JUL 2024

Fees : ₹ 10
Sex : Male
Age : 26Y 6M 9D
Religion :
Occupation :
Education :
Patient Type : NON MLC Prepared
By : Mr. Sheesh Ram

Date and Time of initial assessment:
Clinical History :

Mechanical back pain

Examination Findings :

Adh.

Investigation :

→ Spinal Extension & Abdominal Strengthening.

Diagnosis :

→ T. Etosicoxib 90mg SOS.

Treatment :

+ T. Celecoxib 100 x 6 wks

Follow-up advice :

→ Vit D₃ 60K weekly x 6 wks

→ RIA-6 wks

Doctor's Name:

Signature / Date

कृपया अपनी रिपोर्ट देखने के लिये https://ors.gov.in/eopp/lab_report_gate.jsp?ln=0 पर क्लिक करें

Self attested
Mukesh
04/05/2026