

- नोट : 1. प्रत्येक हिताधिकारी के लिए अलग-अलग आवेदन पत्र |
Separate application for each beneficiary.
2. निर्देश पत्र जारी किए गए दिनांक से 40 दिनों के लिए विधिमान्य है |
REFERRAL LETTER VALID FOR FORTY DAYS FROM THE DATE OF ISSUE.

परमाणु ऊर्जा शिक्षण संस्था (पंजीकृत)
ATOMIC ENERGY EDUCATION SOCIETY (REGD.)

सीएस (एमए) नियम, 1944के तहत चिकित्सा परिचर्या/ आयुर्वेदिक उपचार/ होमियोपैथी दवा प्रणाली का लाभ उठाने हेतु फार्म
FORMS FOR AVAILING OF MEDICAL ATTENDANCE/ TREATMENT UNDER THE AYURVEDIC/ HOMEOPATHIC SYSTEM OF MEDICINE UNDER CS(MA) RULES, 1944.

1.	कर्मचारी का नाम एवं सी.एच.एस.एस.पंजीकरण संख्या Name of the employee and CHSS Registration No.	:	
2.	पदनाम एवं संगणक संकेत सं. Designation & Comp. Code No.	:	
3.	प.उ.शि.स. के विद्यालय की संख्या AEES School No.	:	
4.	आवेदन पत्र की तिथि के समयवेतनमान एवं अगली वेतन वृद्धि की तिथि Pay as on the date of application with date of next increment	:	
5.	विधिमान्य का नाम जो उपचार हेतु अपेक्षित है	:	
	अ) कर्मचारी के साथ सम्बन्ध	:	
	ब) विधिमान्य की जन्मतिथि	:	
	Name of beneficiary for whom the treatment is required.	:	
	a)Relationship with the employee	:	
	b)Date of birth of the beneficiary	:	
6.	किस अपेक्षित उपचार के अंतर्गत दवा की प्रणाली (जो लागू नहीं है उस पर चिन्हांकित कीजिए)		आयुर्वेदिक / होमियोपैथी
	System of medicine under which Treatment is required (please strike whichever is not applicable.)		AYURVEDIC / HOMEOPATHY
7.	किस बीमारी के विवेकाधिकार के लिए उपचार अपेक्षित है	:	
	Broad description of ailment for which treatment is required.	:	
8.	जहाँ से उपचार कर रहे हो उस अस्पताल/ प्राधिकृत चिकित्सा परिचर का नाम व पता	:	
	Name and address of Hospital/Authorised Medical attendant from whom treatment is to be taken.	:	
9.	कर्मचारी के निवास पता /Residential Address of Employee.		
दिनांक /Date : / /20			_____ आवेदक के हस्ताक्षर /Signature of the applicant

विद्यालय/कनिष्ठ महाविद्यालय में कार्रवाई हेतु
Action in School/Junior College

संदर्भ/Ref.:

दिनांक / Date :

प्रमाणित किया जाता है कि _____
(नाम) पदनाम

_____ सीएचएसएस संख्या
(अनुभाग) (संगणक संकेत संख्या)

_____ सीएचएसएस संख्या सहित विधिमान्य है। आवेदन पत्र में परिवार के सदस्यों को भी सीएचएसएस के अंतर्गत पंजीकृत किया है।

Certified that _____
(Name) (Designation)
_____ is a CHSS beneficiary with
(Division) (C.C. No.)

CHSS No. _____ Member of family mentioned in the application is also registered under CHSS.

संबंधित सहायक
Dealing Assistant

प्रधानाचार्य, प.उ.के.वि./प.उ.क.म.वि./स.प्र. अ.(स्था)
Principal, AECS/AEJC/AAO(EST)

_____ केंद्रीय कार्यालय द्वारा कार्रवाई
Action in Central Office

हमारे रिकार्ड हेतु विवरण सत्यापित किया गया है।
Verified the details from our records

मुख्य प्रशासनिक अधिकारी से निवेदन है की इस निर्देश पत्र को जारी करने से पहले अनुमोदित करें।
CAO may please approve before issue of referral letter.

संबंधित सहायक/
Dealing Assistant

सप्रअ(स्था)/प्रशासनिक अधिकारी-III मु.प्र.अ.
AAO(E) ADMO-III CAO