



स्थानीय कार्यालय या दवाखाना बदलने के निमित्त प्रार्थना पत्र
স্থানীয় অফিস অথবা ডিসপেন্সারী পরিবর্তনের আবেদন পত্র

बीमा नं०/बीमा नं

बीमाशुदा व्यक्ति का नम/बीमाकारीर नाम

41	
----	--

.....

मालिक का कोड नं०/मालिकेर कोड नं

पता/ठिकाना.....

41	
----	--

दिनांक/तारिख.....

सेबा में,

प्रादेशिक निर्दे शक/एड्मिनिस्ट्रेटिव मेडिकल अफिसर,
कर्मचारी राज्यविमा निगम, वैरकपुर, कोलकाता।

आঞ্চलिक डेप अधिकर्ता/एड्मिनिस्ट्रेटिभ् मेडिक्याल अफिसार समीपेषु,
कर्मचारी राज्यबीमा निगम, ब्याराकपुर, कलकाता।

प्रिय महोदय/प्रिय महशय,

कृपया मेरा अलाट मेंट में निम्नलिखित परिबर्तन कर दिजिए,

अनुग्रहपूर्वक निम्नलिखित अनुयायी आमार स्थानीय अफिस / डिसपेन्सारी
परिवर्तनेर आदेश दिबेन।

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| १) स्थानीय कार्यालय..... | से स्थानीय कार्यालय..... |
| १) स्थानीय अफिस..... | हइते.....स्थानीय अफिस |
| २) दवाखाना..... | से दवाखाना..... |
| २) डिसपेन्सारी..... | हइते.....डिसपेन्सारी। |

जिसके निम्नलिखित कारण है :

परिवर्तनेर कारण :-

प्रार्थी / भवदीय,