

## वैद्यकीय पंजी में सुधार करने के लिए प्रपत्र / Form for Changes in the Medical Registration

सेवा में/ To,  
मुख्य चिकित्सा अधिकारी / The Chief Medical Officer,  
मुंबई पोर्ट प्राधिकरण / Mumbai Port Authority  
(मु.पो. प्र.जरिये \_\_\_\_\_)  
(Through, \_\_\_\_\_ Mb.P.A.)  
महोदय /Sir,

विषय : वैद्यकीय पंजी में करने के सुधारों का विवरण

**Sub.: Changes to be effected in the particulars of Medical Registration**

'इ' और 'एफ' वैद्यकीय पंजी प्रपत्रों में पहले ही दिये गये विवरण में कृपया निम्न निर्देशित सुधार करें / It is requested that the following changes may please be effected in the particulars already furnished in the 'E' and 'F' medical Registration Forms.

कर्मचारी विवरण के लिए 'इ' प्रपत्र / 'E' form for particulars of employee

(I) 'इ' प्रपत्र में सुधार करने के लिए संक्षेप में सुधार के कारण दीजिए

For any changes in 'E' form. Please give reason in brief for changes.

परिवार के सदस्य के विवरण के लिए एक प्रपत्र / 'F' form for particulars of family members.

(II) परिवार के सदस्यों की संख्या में वृद्धि होने के मामले में / (a) In case of addition to the members of family.

व्यक्ति का पूरा नाम Name of the persons in full	आयु वर्ष Age yrs.	लिंग Sex	रिश्ता Relation	पहचान चिन्ह Identification Marks	शुरू में पंजी प्रपत्र में नाम अंतर्भूत न करने का कारण Reason for not including the name initially in the Reg. Forms
				चिन्ह/Marks	शरीर का भाग/ Part of body

उपरोक्त सदस्य मेरे साथ रहते हैं और पूर्णतः मेरे अधीन हैं / The above members is/are residing with & wholly dependent upon me.

(II) परिवार के सदस्य का/के नाम निकालना/निकालने हो तो / (b) In case of deletion of name of member's of family.

व्यक्ति का पूरा नाम / Name of the persons	निकालने का कारण / Reason for deletion

(II)(क) एफ प्रपत्र में अन्य किसी सुधार के लिए सुधार के कारण संक्षेप में दें /

(II) (c) For any changes in 'F' form. Please give reason in brief for changes.

भवदीय / Yours faithfully,

कर्मचारी का हस्ताक्षर / Employee's Signature \_\_\_\_\_  
कर्मचारी का नाम / Name of Employee \_\_\_\_\_  
पदनाम / Designation: \_\_\_\_\_ विभाग / Dept. \_\_\_\_\_  
\*\*\*वैद्यकीय पंजी क्र. / \*\*\*Medical Reg.No. \_\_\_\_\_ अनुभाग / Section \_\_\_\_\_

\*लागू नहीं उसे निकाल दे \*\* जब कर्मचारी पहचान चिन्ह नहीं बताते हैं तब पोर्ट प्राधिकरण चिकित्सा अधिकारी का या स्वतंत्र वैद्यक व्यवसायी का इसके पंजी क्रमांक के साथ हस्ताक्षर होना चाहिए.

\*\*\* भरना अनिवार्य है.

\*Strike out whichever is not applicable. \*\*Signature of either P.T. Medical Officer of Private Medical Practitioner will his registration number is necessary when the employee declares 'Nil' identification marks.

\*\*\* To be invariably.

क्रमांक /No. \_\_\_\_\_ दिनांक/Date \_\_\_\_\_

आगे की आवश्यक कार्यवाही के लिए मुख्य चिकित्सा अधिकारी मुंबई पोर्ट प्राधिकरण के प्रेषित.

Forwarded to the Chief Medical Officer, Mumbai Port Authority, for further necessary action.

आपसे सूचना प्राप्त होने पर हमारे यहाँ के वैद्यकीय पंजी प्रपत्रमें आवश्यक सुधार किये जायेंगे.

The necessary changes will be made in the Medical Registration form at our end, only on hearing from you.

संलग्न / D.A.

विभाग प्रमुख / HEAD OF DEPARTMENT

(क.प.उ. / P.T.O.)



पंजीकरण क्र. / MAR No. \_\_\_\_\_

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Employee's Signature