



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, भुवनेश्वर

All India Institute of Medical Sciences, Bhubaneswar

(भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के तत्वावधान में एक सांविधिक निकाय)

(A Statutory Body under aegis of Ministry of H & F.W., Govt. of India)

सिजुआ, डाक: डुमुडुमा भुवनेश्वर -751019

Sijua, Post: Dumuduma, Bhubaneswar - 751019

**प्रस्थान रिपोर्ट प्रस्तुत करने हेतु प्रपत्र /PROFORMA FOR SUBMISSION OF DEPARTURE REPORT**

01	संकाय सदस्य का नाम/Name of faculty member	
02	पदनाम एवं विभाग/Designation & Department	
03	संदर्भ संख्या एवं स्वीकृत ज्ञापन की तिथि Reference No. & date of sanction memorandum	
04	यात्रा का स्थान एवं उद्देश्य/Place & purpose of visit	
05	अनुमति के अनुसार, भाग लेने वाले कार्यक्रमों की तिथियां Dates of the events to be attended, as per permission granted.	
06	मुख्यालय से प्रस्थान की तिथि एवं समय Date & time of departure from headquarter	
07	आयोजन के स्थान से प्रस्थान की तिथि एवं समय Date & time of departure from venue of the event	
08	कार्यभार ग्रहण करने की तिथि /Date of joining back to duty	
09	मुख्यालय से दूर रहने की अवधि के दौरान पूरा संपर्क पता के साथ सक्रिय मोबाइल नंबर एवं ई-मेल का भी उल्लेख करें। Complete contact address & active Mobile number(s) during the period he/she is away from headquarters and e-mail address also.	
10	संकाय सदस्य का नाम जो मुख्यालय से दूर रहने की अवधि के दौरान आपका/आपकी आधिकारिक कार्यभार संभालेगा/Name of the faculty member who will look after his/her official duties during the period he/she is away from headquarters	
11	संकाय सदस्य की सहमति के साथ हस्ताक्षर/Consent of such faculty member with signature	

दिनांक /Date:

संकाय सदस्य का हस्ताक्षर/Signature of the faculty member

केवल केंद्र के संबंधित प्रमुख/विभागाध्यक्ष के उपयोग हेतु/FOR USE OF CONCERNED CHIEF OF CENTRE/HEAD OF DEPARTMENT ONLY

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त अवधि के दौरान विभाग में कम से कम 50% संकाय सदस्य कार्य पर होंगे एवं केंद्र/विभाग की सेवाओं एवं कार्यों में किसी भी तरह की बाधा नहीं होगी / It is certified that at-least 50% faculty members will be on duty in the Department during the aforesaid period and the services and functions of the Centre/Department will not suffer in any manner.

आधिकारिक मोहर के साथ विभागाध्यक्ष का हस्ताक्षर  
Signature & Official stamp of Head of the Department