

कर्मचारी राज्य बीमा निगम-हिंदी प्रयोग प्रोत्साहन योजना के लिए प्रविष्टि प्रपत्र - वर्ष 2024
Proforma for "Karmchari Rajya Beema Nigam-Hindi Prayog Protsahan Yojna" year 2024

अधिकारी/कर्मचारी (आवेदक) का नाम :
Name of the Officer/Employee (Applicant)

अधिकारी/कर्मचारी (आवेदक) का पदनाम :
Designation of the Officer/Employee (Applicant)

अधिकारी/कर्मचारी (आवेदक) की कर्मचारी संख्या :
Employee no. of the Officer/Employee (Applicant)

अधिकारी/कर्मचारी (आवेदक) का मोबाइल नं. एवं ई-मेल पता :
Mobile no. and E-mail address of the Officer/Employee (Applicant)

शाखा/औषधालय का नाम :
Name of the Branch/ Dispensary Office

वीओआइपी संख्या/VOIP No. :

अवधि(Period) (01.01.2024 से 31.12.2024 तक) : ____/____/2024 से ____/____/2024 तक

अधिकारी/कर्मचारी द्वारा घोषणा पत्र
Declaration form by the Officer/Employee

प्रमाणित किया जाता है कि वर्ष 2024 के दौरान मैंने टिप्पण/आलेखन में 100 प्रतिशत कार्यालयीन कार्य हिंदी में किया है। इस अवधि में मैंने न तो मात्र टंकण/डायरी-डिस्पैच का कार्य किया है और न ही मैं राजभाषा शाखा में तैनात था/थी।

Certified that I have done 100% official work of noting/drafting in Hindi during the year 2024. During this period, neither I have done only typing/Diary-Dispatch work nor I was posted in Rajbhasha Branch.

दिनांक/Date :

आवेदक के हस्ताक्षर
Signatures of the applicant

नियंत्रक/रिपोर्टिंग अधिकारी के मुहर सहित प्रति हस्ताक्षर/