



**अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश**  
**ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH**

**प्रस्थान रिपोर्ट प्रस्तुत करने का प्रोफार्मा**  
**PROFORMA FOR SUBMISSION OF DEPARTURE REPORT**

1.	संकाय सदस्य का नाम/Name of faculty member	
2.	पद एवं विभाग/Designation & Department	
3.	स्वीकृत मैमोरेण्डम की तारीख तथा संदर्भ संख्या Reference No. & date of sanction memorandum	
4.	जहाँ जाना है उस स्थान का नाम तथा जाने का उद्देश्य Place & Purpose of visit	
5.	प्राप्त स्वीकृति के अनुसार जिन आयोजनों में भाग लेना है उनकी तारीखें Dates of the events to be attended, as per permission granted	
6.	मुख्यालय से प्रस्थान की तारीख एवं समय Date & time of departure from headquarter	
7.	आयोजन स्थल से प्रस्थान की तारीख एवं समय Date & time of departure from venue of the event	
8.	वापस ड्यूटी ज्वाइन करने की तारीख एवं समय Date of joining back to duty	
9.	मुख्यालय से दूर रहने के दौरान पूरा पता तथा एक्टिव मोबाइल नं. और ई-मेल एड्रेस / Complete contact address & active Mobile number(s) during the period he/she is away from headquarter and e-mail address also	
10.	मुख्यालय से जितने समय के लिए आप दूर रहोगे उस अवधि में आपकी ऑफिसियल ड्यूटी को निभाने वाले संकाय सदस्य का नाम Name of the faculty member who will look after his/her official duties during the period he/she is away from headquarters	
11.	संबंधित संकाय सदस्य के सहमति सहित हस्ताक्षर Consent of such faculty member with signature	

दिनांक :

Date:

संकाय सदस्य के हस्ताक्षर

Signature of the faculty member

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त अवधि के दौरान विभाग में कम से कम 50% संकाय सदस्य ड्यूटी पर रहेंगे। विभाग के कार्य एवं सेवाएं किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होंगी। 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 Department will not suffer in any manner

**विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर एवं आधिकारिक मोहर**  
**Signature & Official stamp of Head of the Department**