



दि. / Date:

जेरोक्स कार्य हेतु अनुरोध / REQUISITION FOR XEROGRAPHIC WORK

- मांगकर्ता का नाम / Name of the Requisitioner : _____
पदनाम / Designation : _____
अनुभाग / Section : _____
- क्या पुस्तक/जर्नल से लिया गया है / Whether taken from Book/Journal?
यदि हाँ, तो नाम / If yes, Name : _____
- कार्य का विवरण / Description of Work : _____
जेरोक्स के पृष्ठों की सं. / No of Pages to be Xeroxed: _____
- अपेक्षित प्रतियों की सं. / No. Copies required: _____
- अपेक्षित उद्देश्य / Purpose for which required: _____
Official Personal On payment Charges Rs.
MDP UBP Seminar Consultancy PGP
- कृपया संगठन का नाम बताएं:/ Please mention the Name of the Organization: _____
- अपेक्षित तारीख / Date on which required: _____
- मांगकर्ता का हस्ताक्षर / Signature of the Requisitioner: _____
- द्वारा अनुमोदित / Approved by: _____
- प्राप्तकर्ता का हस्ताक्षर / Receiver's Signature: _____