

Form -1 (प्रपत्र - 1)

कार्यालय का विवरण

विभाग का नाम  कार्यालय का नाम

कार्यालय का पता  कार्यालय का नगरीय निकाय  कार्यालय का वार्ड

कार्यालय की विधान सभा  वेतन आयोग 617

कार्यालयाध्यक्ष का विवरण

नाम  पद  मोबाईल नम्बर

ई मेल आई डी

वैकल्पिक अधिकारी विवरण

नाम  पद  मोबाईल नम्बर

अधिकारी/कर्मचारी विवरण

श्रेणीवार संख्या

क्लास	पुरुष (X)	महिला (Y)	कुल- (X+Y)
I			
II			
III			
IV			
संविदा			
कुल संख्या (I,II,III,IV, संविदा)			
दिव्यांग			

कार्यालयाध्यक्ष के हस्ताक्षर

पद मुद्रा सहित

DDO-CODE