

रक्षा मंत्रालय

(संयुक्त सचिव एवम् मुप्रअ का कार्यालय)
(रक्षा मुख्यालय प्रशिक्षण संस्थान)

विषय: चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति और आयकर परिकलन (WORKSHOP ON MEDICAL REIMBURSEMENT & INCOME TAX CALCULATION) विषय पर कार्यशाला 27 नवम्बर 2019

1. रक्षा मुख्यालय प्रशिक्षण संस्थान द्वारा 27 नवम्बर 2019 को 10.00 बजे से 4.30 बजे तक चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति और आयकर परिकलन विषय पर इस कार्यशाला के परिक्षेत्र में स्थित 185 कमरा सं, बी ब्लॉक में एक दिवसीय कार्यशाला आयोजित की जाएगी।
2. पात्रता - सशस्त्र सेना मुख्यालय के सभी कर्मचारी इस कार्यशाला में भाग लेने के लिए पात्र हैं।
3. कार्यशाला का उद्देश्य:-
 - (1) प्रतिभागियों को चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति बिल तैयार करना/बिल की संवीक्षा करने में सक्षम बनाना है।
 - (2) प्रतिभागियों को 'salary head' आय कर नियमों की जानकारी देना और उन्हें आय कर रिटर्न तैयार करने और इनकी संवीक्षा करने में सक्षम बनाना
4. उक्त कार्यशाला में भाग लेने को इच्छुक कर्मचारी इस नोट के साथ परिशिष्ट 'ए' पर प्रस्तुत प्रोफोर्मा में आवेदन सिफारिश सहित रमुप्रसं में 18 नवम्बर 2019 तक अवश्य भिजवा दें! अभ्यर्थियों का चयन "पहले आओ और पहले प्रवेश पाओ" आधार पर किया जाएगा!



(वैशाली दर्भ)

सहायक निदेशक, रमुप्रसं

दूरभाष 23792437

स्टैण्डर्ड सूची के अनुसार

रक्षा मंत्रालय, मुप्रअ और संयुक्त सचिव का कार्यालय, आईडी सं ए/26002/61/मुप्रअ/ प्रशिक्षण
दि. 28 अक्टूबर 2019

प्रतिलिपि:-

मुप्रअ / ईडीपी सेल

कृ. वेबसाईट पर अपलोड करने हेतु

नामांकन प्रपत्र

**चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति और आयकर परिकलन विषय पर कार्यशाला
(27 नवम्बर 2019)**

1.	नाम	श्री/श्रीमती/कुमारी
2.	कर्मचारी संख्या/सर्विस संख्या	
3.	जन्म - तारीख	
4.	पदनाम	
5.	वर्तमान पद की कार्य की प्रकृति (प्रापण प्रकार्य से सम्बंधित जानकारी का उल्लेख करें)	
6.	कार्यालय का पता (कमरा संख्या, ब्लाक, बिल्डिंग आदि का ब्योरा दें)	
7.	कार्यालय का दूरभाष न० मोबाइल न०	

मैं इसकी पुष्टि करता हूँ कि मैं नियमित रूप से कक्षा में उपस्थित रहूँगा /रहूँगी तथा कार्यशाला के दौरान किसी प्रकार का अवकाश नहीं लूँगा/ लूँगी!

(आवेदक का हस्ताक्षर)

नियंत्रक अधिकारी द्वारा सिफारिश:

उपरोक्त अधिकारी की कार्यशाला में भाग लेने के लिए सिफारिश की जाती है। अगर उक्त अधिकारी का इस कार्यशाला में चयन हो जाता है तो उन्हें किन्ही भी कारणों से इस कार्यशाला में प्रवेश लेने से रोका नहीं जाएगा।

(नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर)

नाम :

पदनाम :

कार्यालय :

दूरभाष न० :

दिनांक :