



**भारतीय कृषि अनुसंधान परिषद**  
**कृषि भवन, डॉ० राजेन्द्र प्रसाद मार्ग, नई दिल्ली-110 001**

फा.सं. प्र./7/109/2017-का.अ.

29  
दिनांक 4 सितम्बर, 2017

**कार्यालय जापन**

**विषय :** सचिवालय प्रशिक्षण एवं प्रबन्ध संस्थान, नयी दिल्ली द्वारा दिनांक 18-20 दिसम्बर 2017

तक एम.एस.पावर पाइंट " पर कार्यशाला का आयोजन

सचिवालय प्रशिक्षण तथा प्रबन्ध संस्थान, नयी दिल्ली द्वारा दिनांक 18.12.2017 से 20-12-2017 तक एम.एस.पावर पाइंट " पर कार्यशाला हेतु नामांकन आमंत्रित किये गये हैं। कार्यशाला का ब्यौरा नीचे दिया गया है :-

**कार्यशाला का उद्देश्य :**

एम.एस.पावर पाइंट पर कार्य करने हेतु कौशल विकसित करना

**पात्रता :- अधिकारी एवं कर्मचारी**

उपरोक्त कार्यशाला में भाग लेने के इच्छुक अधिकारी एवं कर्मचारी अपना नामांकन संलग्न नामांकन प्रपत्र में भरकर सक्षम प्राधिकारी के माध्यम से कार्य अध्ययन अनुभाग को दिनांक 16.10.2017 तक भेज दें, ताकि उसे सचिवालय प्रशिक्षण एवं प्रबन्ध संस्थान, नयी दिल्ली को अग्रेषित किया जा सके। जो अधिकारी एवं कर्मचारी इस कार्यशाला में पहले ही भाग ले चुके हैं, वे कृपया उक्त कार्यशाला हेतु आवेदन न करें। सचिवालय प्रशिक्षण एवं प्रबन्ध संस्थान द्वारा आवेदन स्वीकारोपरान्त आवेदक को आवेदन वापस लेने की अनुमति नहीं दी जायेगी,

**ह./-**

(सुपर्णा दासगुप्ता)

अवर सचिव (का०अ०)

**वितरण**

1. भा.कृ.अ.प. मुख्यालय, कृषि भवन/ कृषि अनुसंधान भवन 1 व 2 तथा एनएससी स्थित समस्त अधिकारी/ अनुभाग को वैबसाईट के माध्यम से।
2. भा.कृ.अ.प. के समस्त संस्थानों /रा.अ.के./प्रा.नि./ब्यूरो के निदेशक।
3. आई.एस.ओ. डीकेएमए, कृ.अ.भ.- 1 पूसा, नई दिल्ली को वैबसाईट में अपलोड करने हेतु।
4. गार्ड फाइल।

# NOMINATION FORM

Annexure-II

Course Title:

Course Code:

Date: From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

1.	Name:	First*	Middle	Last*
	Name in Hindi:			
2.	Father's / Husband's Name:			
3.	Designation*:		4.	Date of joining / last promotion:
5.	Pay Band:		6.	Grade Pay / Scale of Pay:
7.	Gender*:		8.	Date of Birth*:
9.	Organisation Name*:		10.	Organisation Type*:
11.	Organisation Street Address*:		12.	Organisation City*:
13.	Organisation State*:		14.	Pin Code*:
15.	Organisation Email*:		16.	Organisation Phone*:
17.	Residence Street Address*:		18.	Residence City*:
19.	Residence State:		20.	Pin Code*:
21.	Residence Email*:		22.	Residence Phone*:
23.	Category*: (SC/ST/OBC/GEN)		24.	Emergency Contact Details*:
25.	Educational Qualification*:			
26.	Service to which belongs*:			

## 27. Brief Service Particulars:

S.No.	Post Name	From	To	Scale of Pay	Nature of Duty

28.	Whether fulfils eligibility conditions*:	Yes / No
29.	Whether Hostel Accommodation is required*:	Yes / No

30.	How the training is likely to benefit the nominee as well as the organisation (in 2 lines)*:	
31.	Previous courses attended at ISTM (with dates in bracket)*:	

I certify that the above information is correct:

Signature of the Nominee \_\_\_\_\_

### TO BE FILLED IN BY THE SPONSORING AUTHORITY

It is certify that the particulars given above are correct. The officer will be relieved for training, if selected and in no case will be withdrawn in between from the course. The prescribed Capitation Fee and other charges as applicable will be paid to ISTM for this course.

**Details of the Sponsoring Authority (All fields are mandatory)\*:**

Name:	
Designation:	
Complete Postal Address (with Pin code):	
Telephone Number (with code):	
Fax Number (with code):	
Signature with Office seal:	