



सी.एस.आइ.आर.-भारतीय समवेत औषध संस्थान, पुस्तकालय (के.आर.सी.), जम्मू तवी - १८०००१
CSIR-Indian Institute of Integrative Medicine, Jammu Tawi - 180001
Library (KRC)

पुस्तकालय सदस्यता प्रपत्र (बाह्य सदस्य) / LIBRARY MEMBERSHIP FORM (EXTERNAL MEMBER)

(From.....to.....)

नाम/Name:

पद /Designation:

.....

पता /Address:

.....

छायाचित्र के लिए

स्थान

(Space for
Photograph)

मोबाइल संख्या /Mobile No.:

मैं पुस्तकालय के नियमों का पालन करने का वचन देता/देती हूँ।

I undertake to abide by the rules of the Library.

दिनांक / Dated: _____

प्रार्थी के हस्ताक्षर /Signature of Applicant

पुस्तकालय से परामर्श करने की अनुमति

Permitted to consult Library

from _____ to _____

संस्तुत/असंस्तुत

Recommended/Not Recommended

पुस्तकालय प्रभारी /Library Incharge

अनुमति प्रदान की गई/ नहीं की गई

(Permission Granted/Not Granted)

अध्यक्ष पुस्तकालय सलाहकार समिति

(Chairman - Library Advisory Committee)