



कर्मचारी राज्य बीमा निगम

(श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार)

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

(Ministry of Labour & Employment, Govt. Of India)



सत्यमेव जयते

क्षेत्रीय कार्यालय/REGIONAL OFFICE

पंचदीप भवन, हाउसिंग बोर्ड फेज-1, साई रोड,

बददी, सोलन, हिमाचल प्रदेश-173205

PANCHDEEP BHAWAN, HOUSING BOARD PHASE I,

SAI ROAD, BADDI, SOLAN, HIMACHAL PRADESH-173205

Phone No.- 01795-245961, Email- [rd-hp@esic.gov.in](mailto:rd-hp@esic.gov.in)

Website:- [www.esic.gov.in](http://www.esic.gov.in) / [www.rohp.esic.gov.in](http://www.rohp.esic.gov.in)

दिनांक : 18-11-2024

### परिपत्र/Circular

हिमाचल प्रदेश क्षेत्र के सभी नर्सिंग एवं पैरा मेडिकल संवर्ग के अधिकारियों/कर्मचारियों को सूचित किया जाता है कि क. रा. बी. निगम अस्पताल, काला अंब, हिमाचल प्रदेश हेतु निम्नलिखित पदों पर स्थानांतरण हेतु विकल्प मांगे जा रहे हैं :

All the officers/employees of Nursing & Paramedical Cadre in Himachal Pradesh Region are hereby informed that options are being invited for transfer requests against the following posts of ESI Corporation Hospital, Kala Amb, Himachal Pradesh:

क्रम No	सं/Sr	अस्पताल/Hospital	पद का नाम /Name of the post	प्रस्तावित पदों की संख्या /Proposed posts
01		क. रा. बी. निगम अस्पताल, काला अंब/ESIC Hospital Kala Amb	ECG Technician	1
			OT Assistant	1
			Plaster Assistant	1
			OT Technician	1
			Pharmacist (Allopathic)	3
			Nursing Officer	9

अतः संबंधित पदों के सभी अधिकारियों /कर्मचारियों से अनुरोध है कि वह अपने स्थानांतरण आवेदन के विकल्प दिनांक 21.11.2024 (5:30 PM) तक उचित माध्यम से संलग्न प्रोफॉर्मा सहित ई ऑफिस के द्वारा सुश्री चाहत गोयल (कार्यालय अधीक्षक- चिकित्सा प्रशासन) को भेजना सुनिश्चित करें।

Hence all concerned are requested to send their transfer requests by 21.11.2024 (5:30 PM) through proper channel along with enclosed pro forma via e-office to Miss Chahat Goyal (OS- Medical Administration).

उपरोक्त अस्पताल हेतु केवल fresh स्थानांतरण आवेदनों पर ही कार्यवाही की जाएगी यदि किसी कर्मचारी द्वारा पूर्व में उपरोक्त अस्पताल हेतु कोई आवेदन दिया गया है तो उसे निरस्त समझा जाएगा । संबंधित पदों के अधिकारी /कर्मचारी केवल प्रस्तावित पदों के पद हेतु ही अपना स्थानांतरण आवेदन भेज सकते हैं यदि स्थानांतरण आवेदन किसी ऐसे पद के लिए प्राप्त होता है जिसकी स्वीकृति मुख्यालय द्वारा नहीं दी गई है, ऐसे आवेदन को रद्द समझा जाएगा ।

Only fresh requests received from officials shall be considered for further action. If any official has applied for transfer against the above sanctioned posts in past, such requests shall not be considered. Officials can apply for transfer request only against the posts proposed as above and if any request is received from officials against the post that is not sanctioned for above Hospital, such requests shall not be entertained.

सभी स्थानांतरण आवेदनों पर वर्तमान स्थानांतरण नीति के अनुसार कार्यवाही की जाएगी ।

All transfer requests shall be dealt with existing transfer policy.

संलग्न : Pro forma

Signed by  
Dharamvir Singh

उप निदेशक (चि. प्रशा.)

Date: 18-11-2024 18:12:46

सेवा में,

सभी संबंधित अधिकारी / कर्मचारी ।

प्रतिलिपि :

चिकित्सा अधीक्षक, क. रा. बी. निगम, आदर्श अस्पताल, काठा को यह परिपत्र अस्पताल में कार्यरत सभी संबंधित अधिकारियों एवं कर्मचारियों को प्रेषित करने के आग्रह के साथ ।

DCBO in charge, मंडी, हिमाचल प्रदेश को DCBO में कार्यरत सभी संबंधित अधिकारियों एवं कर्मचारियों को प्रेषित करने के आग्रह के साथ ।

राज्य चिकित्सा अधिकारी को चिकित्सा हितलाभ शाखा, क्षेत्रीय कार्यालय, बट्टी में कार्यरत सभी संबंधित अधिकारियों एवं कर्मचारियों को प्रेषित करने के आग्रह के साथ ।।

आई.टी. शाखा, क्षेत्रीय कार्यालय, बट्टी को यह परिपत्र वेबसाइट पर अपलोड करने के निर्देश के साथ ।

**INTRA REGION TRANSFER APPLICATION FORM**

Sl. No.	Particulars	Details
1.	Name (in capital letters)	
2.	Father's/Husband's Name	
3.	Mobile No. and Email ID	
4.	Date of Birth	
5.	Employee No. & Category (ID)	
6.	a) Designation	
	b) Present Pay Level	
7.	Appointed in ESIC to the post of (name of post)	
8.	Date of Appointment in ESIC	
9.	Date of Posting at the Present Region	
10.	Date of Superannuation	
11.	Name of Hospital/Institutions presently working at	
12.	Date since working in present place of posting	
13.	Residential Address (as per official record)	
14.	Reasons of request	
15.	Remarks (if any)	

I hereby declare that all the statements made in the application are true and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that transfer request can be cancelled if I am declared to be guilty of submitting false information in the application form.

**Date:**

**Signature of the Applicant**

**TO BE FORWARDED BY THE EMPLOYEE'S OFFICE**

Certified that the particulars furnish by Smt/Sh....., Designation.....have been verified from records and found correct. It is also informed that at present no case of Vigilance, Audit and Court Cases pending against the official concerned. It is recommended that the applicant may be considered for transfer to ESICH Kala-Amb, Himachal Pradesh as per his/her request.

**Date:**

**Signature of the Medical Superintendent/SMO/ DCBO (Incharge)**  
**(with Stamp/Office seal)**