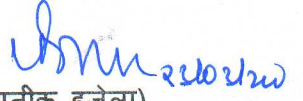


परिस्थितियों/कार्यवाहियों हेतु उपयोग किया जाना है इस सम्बन्ध में मार्गदर्शिका/विनियमन की प्रति संलग्न है।

संलग्न:- उपरोक्तानुसार



(प्रतीक हजेला)

वि.क.अ. सह आयुक्त स्वास्थ्य
मध्यप्रदेश

पृ.क्रमांक/आई.डी.एस.पी/2020/

भोपाल, दिनांक / /2020

1. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मध्यप्रदेश।
2. मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश, भोपाल।
3. अतिरिक्त मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश, भोपाल।
4. संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
5. समस्त क्षेत्रीय संचालक, सम्भागीय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।


वि.क.अ. सह आयुक्त स्वास्थ्य
मध्यप्रदेश