

सूचना एवं जनसम्पर्क विभाग, उत्तर प्रदेश
राज्य स्तरीय प्रेस मान्यता नवीनीकरण 2016-17 प्रारूप

संस्थान का नाम						
क्र०	नाम	पदनाम	कार्ड सं०	फोन/मोबाईल	ई-मेल	पता

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त मीडियाकर्मी वर्तमान में इस संस्थान में कार्यरत हैं और 2016-17 में भी इस संस्थान में पूर्णकालिक प्रतिनिधि/श्रमजीवी पत्रकार के रूप में कार्यरत रहेंगे। यदि इस परिस्थिति में कोई परिवर्तन होता है तो संस्थान द्वारा इसकी सूचना निदेशक को विधिवत लिखित रूप में प्रेषित/उपलब्ध कराई जायेगी।

हस्ताक्षर.....
नाम.....
संपादक/राज्य प्रभारी.....
.....
मुहर.....
.....
सेल.....
ई-मेल.....