



Journal Recommendation Form

No – SPAB/LIB/20_____/_____

दिनांक /Dt.- _____

(पुस्तकालय प्रयोग हेतु/for library use)

नाम/ Name : (संकाय/ कर्मचारी | Faculty/Staff).....

विभाग/Dept.: हस्ताक्षर/Signature :..... दिनांक /Dt.: ___/___/20___

नोट / Note: -

1. सभी प्रविष्टियां सही व पढ़ने योग्य होना चाहिए/ All the entries must be accurate & legible.
2. प्रतिवर्ष 30 नवम्बर के पहले जमा होना है/ Submit on or before 30th November every year.
3. प्राथमिकता, निधि की उपलब्धता एवं विशेष अनुमोदन के आधार पर शिफारिश पर विचार किया जावेगा/ Recommendation will be considered depending upon the priority/ fund availability/ special approval.
4. शिफारिश अगले कैलेंडर वर्ष एवं वर्तमान पत्रिकाओं के लिये विचार किया जायेगा/ Recommendation will be considered for next calendar year and for current journals only.

सभी प्रविष्टियां पढ़ने योग्य होनी चाहिए/ All the entries must be legible.

क्र/ Sl. No.	पत्रिका/मेगज़ीन शीर्षक (ISSN सहित) Journal/Magazine Title (with ISSN)	प्रकाशक Publisher	आवृत्ति/वर्ष Frequency/ Year	खंड एवं अंक Vol. & Issue	*सदस्यता प्रकार Subs. Mode (P+O /P/O)	सदस्यता लागत Subs. Cost
1.	ISSN:					
2.	ISSN:					
3.	ISSN:					
4.	ISSN:					

*P+O - Print+Online

P - Only Print

O - Only Online

हस्ताक्षर (विभाग प्रमुख) | Signature (H.o.D.)

पुस्तकालय सहायक
Lib. Assistant

सह. पुस्तकालयाध्यक्ष
Asst. Librarian

उप. पुस्तकालयाध्यक्ष
Deputy Librarian

स्वीकृत / Approved

अधिष्ठाता (शैक्षणिक क्रियाकलाप)
Dean (AA)

निदेशक
Director