



कर्णाली प्रदेश सरकार
सामाजिक विकास मन्त्रालय
वीरेन्द्रनगर, सुर्खेत, नेपाल

म.ले.प. फारम नं.: २२४ (साविक नं. ४)

नत्थी रसिद बील आदीको संख्या:

नाम:

दर्जा:

संकेत नं.

कार्यालय:

कर्मचारीको स्थायी ठेगाना:

भ्रमणको उद्देश्य:

दैनिक तथा भ्रमण खर्चको बील

भ्रमण आदेश सि.नं. सँग सम्बन्धित

भ्रमण प्रतिवेदन दर्ता नं. :

प्रस्थान		पहुँच		भ्रमण साधन	भ्रमण खर्च	दैनिक भत्ता			फुटकर खर्च		कुल रकम	कैफियत
स्थान	मिति	स्थान	मिति			दिन	दर	जम्मा	विवरण	जम्मा		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३
जम्मा												

१. भ्रमण खर्च (महल ६) को जम्मा खर्च रु.	
२. दिनको भ्रमण भत्ता (महल ९) को जम्मा रु.	
३. फुटकर खर्च (महल ११) को जम्मा रु.	
४. कुल जम्मा (महल १२) को जम्मा रु.	
५. भ्रमण पेशकी रु.	
६. खुद भुक्तानी पाउने रकम रु.	

भ्रमण आदेश स्वीकृत नं.: मिति गते स्वीकृत रकम रु

पेश भएका व्यहोरा ठीक छ, झुठ्ठा ठहरे
प्रचलित कानून बमोजिम सहने छु/
बुझाउने छु।

भ्रमण गर्ने कर्मचारीको दस्तखत:
मिति:

जाँच गर्ने अधिकारीको दस्तखत:
मिति:

स्वीकृत गर्ने अधिकारीको दस्तखत:
मिति: