कार्यालय सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ

पत्रांक – 5273 / 26 दिनांक –11.07.2026

<u>कार्यालय–ज्ञाप</u>

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा निजी क्षेत्र के अन्तर्गत NCAHP से अनुमोदित सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख पाठ्यक्रमों के नये प्रशिक्षण केन्द्र खोलने एवं पूर्व से चल रहे पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि हेतु सत्र 2026–27 के लिए ऑनलाईन आवेदन दिनांक **15 जुलाई, 2026 से 05 अगस्त, 2026 तक** कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक **''नये / सीट वृद्धि हेतु नवीन सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख (Allied & Healthcare) प्रशिक्षण केन्द्र के आवेदन हेतु''** के माध्यम से ऑनलाईन पोर्टल पर आमंत्रित किये जा रहे हैं। इच्छुक संस्थायें उक्त तिथि से ऑनलाईन आवेदन कर सकती है।

पूर्व से आवेदित सभी संस्थाओं (जिनका प्रथम / द्वितीय / तृतीय निरीक्षण होना है) जो डिप्लोमा / डिग्री पाठ्यक्रमों (NCAHP द्वारा निर्धारित) हेतु संस्था का स्थलीय निरीक्षण कराने की इच्छुक है, को कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक **''नये / सीट वृद्धि हेतु पूर्व में आवेदित सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख (Allied & Healthcare) प्रशिक्षण केन्द्र के रजिस्ट्रेशन हेतु''** के माध्यम से ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन कर समस्त डाटा ऑनलाईन अपलोड करना अनिवार्य होगा। जिन संस्थाओं का प्रथम / द्वितीय / तृतीय निरीक्षण होगा, उन संस्थाओं को ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन हेतु किसी भी प्रकार का कोई शुल्क देय नहीं होगा।

यदि संस्था द्वारा सत्र 2026–27 हेतु कार्यालय की वेबसाइट पर उपलब्ध संबंधित लिंक के माध्यम से स्थलीय निरीक्षण हेतु ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन कर नियमानुसार आवेदन नहीं किया जाता है तो आपकी संस्था का स्थलीय निरीक्षण किया जाना संभव नहीं होगा। जिसका समस्त उत्तरदायित्व आपका होगा। विस्तृत जानकारी हेतु कार्यालय की वेबसाइट का अवलोकन करने का कष्ट करें।

<u>संलग्नक – आवेदन हेतु दिशा–निर्देश।</u>

सचिव,
उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा उ0प्र0 राज्य सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख परिषद् के अंतर्गत सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख (Allied & Healthcare) के नवीन पाठ्यक्रम प्रारंभ करने एवं पूर्व से संचालित पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि के आवेदन हेतु सामान्य दिशा–निर्देश

- निजी क्षेत्र के अन्तर्गत सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख नवीन पाठ्यक्रम प्रारम्भ करने एवं पूर्व से संचालित पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि हेतु इच्छुक संस्थायें **15 जुलाई, 2026** से **05 अगस्त, 2026** तक कार्यालय की वेबसाइट **www.upsmfac.org** पर कार्यालय ज्ञाप संख्या–5273/26 दिनांक 11.07.2026 में उल्लिखित लिंक के माध्यम से ऑनलाईन पोर्टल पर आवेदन कर सकती हैं।
- संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी अधिनियम की धारा 8 के अधीन पंजीकृत कम्पनी) आवेदन करने हेतु पात्र होगी।
- ऑनलाईन आवेदन हेतु पोर्टल **15 जुलाई, 2026** से **05 अगस्त, 2026** तक खुला रहेगा तथा उसके उपरान्त आवेदित संस्थाओं का स्थलीय निरीक्षण कराया जायेगा।

  निरीक्षण प्रक्रिया में वही संस्थान स्थलीय निरीक्षण हेतु अर्ह होंगे जिन्होंने 05 अगस्त, 2026 तक ऑनलाईन आवेदन किया हो।

  समस्त औपचारिकताओं/वांछित वैध प्रपत्रों के साथ आवेदन न करने वाली संस्थाओं के आवेदन–पत्र निरीक्षण हेतु अर्ह नहीं होंगे।
- संस्था द्वारा पोर्टल पर ऑनलाईन भरे गये आवेदन–पत्र की स्पाइरल बाईडिंग में स्व–प्रमाणित कर एक प्रति (ऑनलाईन माध्यम से अपलोड किये गये प्रपत्रों सहित) ऑनलाईन निर्धारित शुल्क जमा करने के एक सप्ताह के अन्दर कार्यालय में जमा की जायेगी। (कार्यालय द्वारा जारी दिशा–निर्देशों के अनुसार आवेदन–पत्र पूर्ण होना आवश्यक है)
- प्रत्येक पाठ्यक्रम (नये/सीट वृद्धि) हेतु पृथक ऑनलाईन आवेदन–पत्र भरे जायेंगे।
- संस्था द्वारा ऑनलाईन आवेदन किये गये आवेदन–पत्र की जांच कार्यालय स्तर पर की जायेगी।
- समस्त औपचारिकताओं/वांछित वैध प्रपत्रों के साथ आवेदन करने वाली संस्थाओं की निरीक्षण समयावधि संबंधी सूचना ऑनलाईन पोर्टल/ई–मेल के माध्यम से दी जायेगी। निरीक्षण हेतु निर्धारित समयावधि में निरीक्षण टीम द्वारा किसी भी कार्यदिवस (राजपत्रित अवकाश एवं रविवार को छोड़कर) में आवेदित संस्था का औचक निरीक्षण किया जायेगा।
- शासन से अनिवार्यता प्रमाण–पत्र/अनुमति प्रदान होने के पश्चात् सम्बद्धता/मान्यता प्रदान करने हेतु संस्था का प्रश्नगत पाठ्यक्रम हेतु उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी/उ0प्र0 राज्य सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख परिषद् द्वारा NCAHP के नियमानुसार निरीक्षण कराया जायेगा।
- डिप्लोमा एवं स्नातक स्तरीय (UG) पाठ्यक्रम हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क रू0 2,50,000+(18%GST) निर्धारित है। स्नातक स्तरीय (UG) पाठ्यक्रम हेतु उक्त शुल्क का 10 प्रतिशत अतिरिक्त अर्थात् रू0 25,000/–(पच्चीस हजार रूपये मात्र) राजकीय कोषागार हेड संख्या–0210 चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य 04 लोक स्वास्थ्य 800 अन्य प्रप्तियाँ में जमा की जायेगी। इसकी रसीद आवेदन–पत्र के साथ संलग्न की जायेगी।

- परास्नातक (Master) पाठ्यक्रम का आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क रू0 5,00,000+(18% GST) प्रति प्रशिक्षण निर्धारित है।
- एन0ओ0सी0/सम्बद्धता प्रदान करने के लिए राष्ट्रीय सहबद्ध और स्वास्थ्य देख–रेख वृत्ति आयोग (NCAHP), नई दिल्ली द्वारा निर्धारित मानक ही सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख पाठ्यक्रमों पर लागू होंगे।

नोट–विस्तृत जानकारी हेतु आवेदित पाठ्यक्रमों के प्रास्प्रेक्टस/विवरणिका https://ncahp.abdm.gov.in/Curriculum पर उपलब्ध है। फार्म भरने के संबंध में किसी भी प्रकार की जानकारी हेतु निम्न हेल्प लाईन नम्बर एवं ई–मेल आई0डी0 पर सम्पर्क किया जा सकता है।

हेल्प लाईन नम्बर –8881268880

ई–मेल आई0डी0 – ahinspection@upsmfac.org

वर्ष 2026–27 के आवेदन हेतु डिप्लोमा/डिग्री सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख (Allied & Healthcare) पाठ्यक्रमों के नाम

ANNEXURE-1

Degree Nomenclature for Allied and Healthcare Programmes for Academic Year 2026-27

S.No.	Recognized Category	Under Graduate (UG) Degree Nomenclature	Program Duration	min.	max.	Post Graduate (PG) Degree Nomenclature	Program Duration	min.	max.
1	R.C-1	**Bachelor of Medical Laboratory Science (*B.MLS*)**	Four Years (Three Year + One Year Internship)	30	60	**Master of Medical Laboratory Science (*M.MLS*)**	Two Years	5	40
2	R.C-2	**Bachelor of Emergency Medical Technologist (Paramedic) (*B.EMT*)**	Four Years (Three Year + One year Clinical Training/Internship)	50	100	**Master of Advanced Care Paramedic**	Two Years	10	15
3		**Bachelor of Anaesthesia and Operation Theatre Technology (*B.AOTT*)**	Four Years (Three Year + One year Clinical Training/Internship)	10	60	**Master of Anaesthesia and Operation Theatre Technology (*M.AOTT*)**	Two Years	4	20
4	R.C-3	**Bachelor of Physiotherapy (*B.PT*)**	Five Years (Four Years + One Year Internship)	50	100	**Master of Physiotherapy (*M.PT*)**	Two Years	3	24
5	R.C-4	**Bachelor of Nutrition and Dietetics (Honours) (*B.ND*)**	Four Years (Including Six Months Internship/Clinical Training)	30	120	**Master of Nutrition and Dietetics (*M.ND*)**	Two Years (Including Three Months Internship/Clinical Training)	20	40
6	R.C-5	**Bachelor of Optometry (*B.OPTOM*)**	Five Years (Four Years + One Year Internship)	30	100	**Master of Optometry (*M.OPTOM*)**	Two Years	10	35
7	R.C-6	**Bachelor of Occupational Therapy (*B.OT*)**	Five Years (Including One Year Internship)	30	100	**Master of Occupational Therapy (*M.OT*)**	Two Years	3	27
8	R.C-7	**Bachelor of Psychology (*B.Psy*)**	Four Years	30	70				
		Bachelor of Medical and Psychiatric Social Work (*B.MPSW*)	Four Years	20	60	**Master of Medical Social Work (*M.MSW*)** **Master of Psychiatric Social Work (*M.PSW*)**	Two Years	15	30
9	R.C-8	**Bachelor of Medical Radiology and Imaging Technology (*B.MRIT*)**	Four Years (Three Years + One Year Internship)	20	60	**Master of Medical Radiology and Imaging Technology (*M.MRIT*)**	Two Years	2	15
10		**Bachelor of Radiation Therapy Technology (*B.RTT*)**	Four Years (Including Six Months Internship)	10	30	**Master of Radiation Therapy Technology (*M.RTT*)**	Two Years	5	10

11		**Bachelor of Science in Nuclear Medicine Technology (*B.Sc.NMT*)**	Four Years (Three Years + One Year Internship/Clinical Training)	10	30	**Master of science in Nuclear Medicine Technology (*M.Sc.NMT*)**	Three Years (Two Years + One Year Residency Program)	10	15
12		-------				**Master of Science in Medical Physics (*M.Sc. Medical Physics*)**	Three Years (Two Years + One Year Residency Program)	10	20
13						**Post Master Diploma in Radiological/ Medical Physics or Advanced Master Degree in Radiological/Medical Physics**	Two Years (One Year + One Year Residency Program)		
14	R.C-9	**Bachelor of Physician Associates (*B.PA*)**	Four Years (Three Years + One Year Internship)	15	30	**Master of Physician Associates (*M.PA*)**	Two Years	5	10
15		**Bachelor of Dialysis Therapy Technology (*B.DTT*)**	Four Years (Three Years + One Year Internship)	10	30	**Master of Dialysis Therapy (*M.DT*)**	Two Years	3	9
16		**Bachelor of Respiratory Technology (*B.RT*)**	Four Years (Three Years + One Year Internship)	10	30	**Master of Respiratory Technology (*M.RT*)**	Two Years	4	10
17	R.C-10	**Bachelor of Science in Health Information Management (*B.Sc.HIM*)**	Four Years (Three Years + One Year Internship)	10	30	**Master of Science in Health Information Management (*M.Sc.HIM*)**	Two Years	5	15

ANNEXURE-2

Diploma Nomenclature for Allied and Healthcare Programmes for Academic Year 2026-27

S.No.		**Diploma Nomenclature**	**min.**	**max.**	**Program Duration**
1	R.C-2	Diploma of Anaesthesia and Operation Theatre Technology (*D.AOTT*)	10	30	Two Years and Six months
2	R.C-8	Diploma of Radiotherapy Technology (*D.RT*)	10	30	Two Years and Six months
3	R.C-9	Diploma of Dialysis Technology (*D.DT*)	5	10	Two Years and Six months
4	R.C-10	Diploma of Health Information Management (*D.HIM*)	10	30	Two Years and Six months
5	R.C-1	Diploma of Medical Laboratory Technology (D.MLT)	30	60	Two Years

आवेदन के समय ऑनलाईन अपलोड किये जाने एवं आवेदन–पत्र के साथ लगाये जाने वाले प्रपत्र/अभिलेख।

फोटोग्राफ :

Academic ब्लॉक, हास्टल ब्लॉक एवं चिकित्सालय के फोटोग्राफ।

प्रपत्र/अभिलेख :

1. संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी) का अद्यतन रजिस्ट्रेशन प्रमाण–पत्र।
2. संस्था के बाइलाज/मेमोरेण्डम ऑफ एसोशिएसन।
3. प्रश्नगत पाठ्यक्रम का संस्थान/केन्द्र खोलने हेतु सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी द्वारा पारित रिजोल्यूशन/प्रस्ताव।
4. संस्था की बैलेन्सशीट (विगत 2 वर्षो की)।
5. संस्थान/केन्द्र की भूमि (Academic ब्लॉक व हास्टल ब्लॉक) एवं चिकित्सालय की भूमि के मालिकाना हक का प्रमाण–पत्र/प्रपत्र (संस्था का ही हो) जो राजस्व विभाग के सक्षम प्राधिकारी प्राधिकरण (तहसीलदार) से कम न हो से प्रमाणित प्रति/खतौनी की मूल प्रति अथवा उपनिबन्धक द्वारा सत्यापित विलेख की प्रति, यदि संस्था ग्रामीण क्षेत्र से संबंधित हो और भूमि कृषि योग्य हो तो निबन्धन धारा 143 के अर्न्तगत भू–उपयोग परिवर्तन के आदेश की प्रमाणित प्रति।
6. Academic ब्लॉक, हास्टल ब्लॉक एवं चिकित्सालय का प्रमाणित मानचित्र (ब्लू प्रिन्ट)।
7. अग्नि शमन प्रमाण–पत्र (Academic ब्लॉक, हास्टल ब्लॉक एवं चिकित्सालय) तीनों का ऑनलाईन पद्धति वाला स्थायी (पूर्णता कम्पलीशन) जिसमें वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
8. चिकित्सालय की प्रारम्भ तिथि।
9. चिकित्सालय का सी0एम0ओ0 रजिस्ट्रेशन प्रमाण–पत्र।
10. चिकित्सालय का प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड का प्रमाण–पत्र।
11. चिकित्सालय में कार्यरत चिकित्सकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन सर्टिफिकेट, नियुक्ति एवं ज्वाईनिंग लेटर तथा विगत तीन माह की सैलरी स्लिप) निम्न प्रारूप पर –

क्र. सं.	चिकित्सक का नाम	पद नाम	विभाग का नाम	उ0प्र0 मेडिकल कौंसिल में पंजीकरण एवं दिनांक	ज्वाईनिंग दिनांक
1					

12. चिकित्सालय में कार्यरत सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख (Allied & Healthcare) कार्मिकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन सर्टिफिकेट, नियुक्ति एवं ज्वाईनिंग लेटर तथा विगत तीन माह की सैलरी स्लिप) निम्न प्रारूप पर –

क्र. सं.	सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख कार्मिक का नाम	पद नाम	विभाग का नाम	उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी में पंजीकरण एवं दिनांक	ज्वाईनिंग दिनांक
1					

13. चिकित्सालय के कर्मचारियों की सैलरी संबंधित विगत तीन माह के लेज़र।
14. चिकित्सालय के पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत होने की सूचना। यदि चिकित्सालय पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत है तो विगत एक वर्ष की प्रीऑथ के संबंध में अभिलेख सहित विवरण।
15. चिकित्सालय के विगत तीन माह के ओ0पी0डी0/आई0पी0डी0 का रिकार्ड।

16. सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख (Allied & Healthcare) के डिग्री (UG/PG) पाठ्यक्रमों हेतु अटल बिहारी बाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ/सम्बद्ध विश्वविद्यालय का सहमति–पत्र (Letter of Intent)।

17. शपथ–पत्र स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा प्रमाणित।

नोट– विस्तृत जानकारी हेतु आवेदित प्रशिक्षणों के प्रास्प्रेक्टस/विवरणिका https://ncahp.abdm.gov.in/Curriculum पर अवलोकन करें।

<u>शपथ–पत्र का प्रारूप</u>

<u>शपथ पत्र</u>

(आवेदन पत्र के साथ स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ–पत्र संलग्न करें)

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी

लखनऊ।

1. मैं (संस्था के मुखिया का नाम)..................................शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था (संस्था का नाम) ....के द्वारा प्रस्तावित केन्द्र/संस्थान का नाम व पता...में (पाठ्यक्रम का नाम)............. संचालन हेतु आवेदन किया गया है।

2. मै वचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं अपने केन्द्र/संस्थान में उ0प्र0 सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख डिप्लोमा/डिग्री के पाठ्यक्रम के अलावा अन्य कोई पाठ्यक्रम नहीं चलाऊँगा/चलाऊँगी।

3. यह कि केन्द्र/संस्थान व उससे संबंधित भूमि का मालिकाना हक मेरी संस्था का ही है। उक्त भूमि केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/प्राधिकरण की किसी भी योजना में अधिग्रहीत नहीं है और न ही अधिग्रहण हेतु प्रस्तावित है।

4. यह कि उक्त केन्द्र/संस्थान की भूमि से संबंधित मा0 उच्चतम न्यायालय/मा0 उच्च न्यायालय/सक्षम न्यायालय अथवा न्यायिक अभिकरण में किसी भी प्रकार का दीवानी/फौजदारी वाद विचाराधीन/लम्बित नहीं है और ना ही किसी प्रकार का स्थगन आदेश ही प्राप्त हुआ है।

5. संस्था के पास सम्पूर्ण उत्तर प्रदेश में .... हे0 भूमि है, जो उत्तर प्रदेश राजस्व संहिता 2006 की धारा 89 में उल्लिखित सीमा 5.0586 हेक्टेयर से अधिक भूमि नहीं है। (और यदि अधिक है तो धारा 89 (3) के अर्न्तगत राजस्व विभाग, उत्तर प्रदेश शासन से प्राप्त अनुमति प्रमाण–पत्र की छायाप्रति संलग्न करें)।

6. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे द्वारा आवेदन–पत्र में दी गयी जानकारी एवं संलग्न किये गये प्रपत्र पूर्ण एवं सत्य है और इसमें कुछ भी छिपाया नहीं गया है। यदि किसी भी समय, मुझे कोई जानकारी छिपाने या कोई गलत जानकारी देते हुए पाया जाता है, तो मेरे विरूद्व नियमानुसार विधिक कार्यवाही की जा सकती है तथा मेरे आवेदन–पत्र को निरस्त किया जा सकता है।

7. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि आवेदन–पत्र में मेरे द्वारा दी गयी जानकारी निरीक्षण के समय बदली नहीं जायेगी।

8. मैं वचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं राज्य सरकार व उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी/ उ0प्र0 राज्य सहबद्ध एवं स्वास्थ्य देख–रेख परिषद् के द्वारा दिये गये दिशा–निर्देशों व निर्णयों का पालन करूँगा/करूँगी। इसके साथ–साथ NCAHP द्वारा स्वीकृत पाठ्यक्रमों के अनुसार नियमों का पालन करने का भी आष्वासन देता हूँ/देती हूँ और यदि संस्था द्वारा किसी भी दिशा–निर्देशों/मानकों का उल्लंघन किया जाता तो संस्था की मान्यता/सम्बद्धता समाप्त कर दी जाय।

स्थान :–

दिनाँक :–

संस्था के मुखिया के हस्ताक्षर

संस्था के मुखिया का नाम

संस्था का नाम

<u>कोषागार प्रपत्र–209 (1)</u>

वित्तीय नियम संग्रह खण्ड–5 भाग–2
प्रपत्र संख्याा–43 ए(1)
(प्रस्तर 417 एवं 478 देखिए)

<u>धनराशि जमा करने का चालान फार्म</u>

उपकोषागार/बैंक का नाम व शाखा ....

1. जिस व्यक्ति (पदनाम यदि आवश्यक हो) या संस्था के नाम से धनराशि जमा की जा रही है उसका नाम ....
2. पता ....
3. पंजीकरण संख्या/पक्ष का नाम व वाद संख्या (यदि आवश्यक हो) ....
4. जमा की जा रही धनराशि का पूर्ण विवरण (धनराशि किस हेतु जमा की जा रही है तथा किस विभाग के पक्ष में जमा की जा रही है।) ....
5. चालान की सकल राशि ....
6. चालान की निबल राशि ....
7. लेखाशीर्षक का पूर्ण विवरण/लेखाशीर्षक की मुहर **0210 चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य 04 लोक स्वास्थ्य 800 अन्य प्राप्तियाँ**
8. लेखा–शीर्षक का 13 डिजिट कोड

मुख्य लेखा शीर्षक	उप मुख्य–शीर्षक	लघु–शीर्षक	उप–शीर्षक	ब्योरेवार–शीर्षक	धनराशि (अंको में)
0 2 1 0	0 4	8 0 0	– –	– –	**₹25,000/–**
			– –	– –	–
			– –	– –	–
धनराशि (शब्दो में)रूपया पच्चीस हजार मात्र				योग	**₹25,000/–**

चालान में लेखाशीर्षक की पुष्टि करने वाले
विभागीय अधिकारी के हस्ताक्षर मुहर सहित

जमाकर्ता का नाम व हस्ताक्षर

<u>केवल उपकोषागार/बैंक के प्रयोगार्थ</u>

चालान संख्या.. **अंको में रू0**

दिनॉक .... **शब्दो में रू0**

चालान संख्या ....
दिनॉक ....

प्राप्त किया
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर उपकोषागार/
बैंक की मुहर सहित