उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी

5, सर्वपल्ली, माल एवेन्यू रोड, लखनऊ – 226001
हेल्पलाइन नम्बर : 8400955546, 9151024463
Website:www.upsmfac.org Email-upmedicalfaculty@upsmfac.org

पत्रांक संख्या–2516/25 दिनांक 12.03.25

ई–मेल माध्यम

सेवा में,

प्रबन्धक/प्रधानाचार्य,
समस्त आवेदित नर्सिंग/पैरामेडिकल प्रशिक्षण केन्द्र (निजी क्षेत्र)
(ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम को छोड़कर)
उत्तर प्रदेश।

विषय–स्थलीय निरीक्षण कराये जाने के संबंध में।

महोदय/महोदया,

उपर्युक्त विषयक के संबंध में आपको अवगत कराना है कि कार्यालय पत्र–1856/25 दिनॉक 14.02.2025 एवं पत्र संख्या–1855/25 दिनॉक 14.02.2025 के क्रम में आप द्वारा नर्सिंग/पैरामेडिकल पाठ्यक्रम के लिए किये गये ऑनलाईन आवेदन की एन0ओ0सी0 हेतु आपकी संस्था का स्थलीय निरीक्षण **दिनॉक 24.03.2025 से 30.04.2025** के मध्य किसी भी कार्य दिवस (रविवार एवं राजपत्रित अवकाश को छोडकर) इण्डियन नर्सिंग कौंसिल, नई दिल्ली/उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी के द्वारा निर्धारित मानकों पर क्यू0सी0आई0 (Quality Council of India) के माध्यम से कराया जायेगा।

अतः आपको निर्देशित किया जाता है कि ऑनलाईन आवेदन के समय पोर्टल पर आवेदित पाठ्यक्रम से संबंधित आप द्वारा अपलोड किये गये समस्त अभिलेखों को पूर्व से ही तैयार कराकर रखे एवं निरीक्षण के समय निरीक्षण दल को मूल रूप से अवलोकित कराने का कष्ट करें।

यदि आप द्वारा निरीक्षण प्रक्रिया में निरीक्षकों को सहयोग नहीं दिया जाता है तो आपके प्रशिक्षण केन्द्र का निरीक्षण निरस्त करते हुये संस्थान के विरूद्व नियमानुसार कार्यवाही की जायेगी एवं इसका समस्त उत्तरदायित्व आपका होगा। अतः आपसे अनुरोध है कि निरीक्षण दल को पूर्ण सहयोग देते हुये आवेदित पाठ्यक्रमों हेतु निरीक्षण प्रक्रिया को सम्पन्न कराना सुनिश्चित करें।

आप द्वारा किये गये आवेदन के संबंध में नवीनतम जानकारी हेतु जिस पोर्टल पर आप द्वारा आवेदन किया गया है उसका अवलोकन करते रहें।

भवदीय,

सचिव,
उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी।

पत्र संख्या– दिनॉक –

प्रतिलिपि–महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण उ0प्र0 लखनऊ को सूचनार्थ प्रेषित।

सचिव,
उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी।

कार्यालय सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ

पत्रांक– 1856/25 दिनॉक– 14/02/2025

कार्यालय–ज्ञाप

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा सत्र् 2025–2026 के लिए नर्सिंग/पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों (ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम को छोड़कर) के नये प्रशिक्षण केन्द्र खोलने एवं पूर्व से चल रहे पाठ्यक्रमों में सीट वृद्वि हेतु ऑनलाईन आवेदन दिनॉक **14.02.2025 से 06.03.2025** तक कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक **''नये/सीट वृद्वि हेतु नवीन नर्सिंग/पैरामेडिकल प्रशिक्षण केन्द्र के आवेदन हेतु''** के माध्यम से आमंत्रित किये जा रहे हैं। इच्छुक संस्थायें उक्त तिथि में समस्त प्रपत्रों/प्रमाण–पत्रों एवं निर्धारित शुल्क के साथ ऑनलाईन आवेदन कर सकती है। विस्तृत जानकारी हेतु कार्यालय की वेबसाइट का अवलोकन करने का कष्ट करें।

सचिव,
उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा सत्र् 2025–2026 हेतु नर्सिंग/पैरामेडिकल के नवीन प्रशिक्षण केन्द्र खोलने हेतु सामान्य दिशा–निर्देश

- उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा सत्र् 2025–2026 के लिए निजी क्षेत्र के अन्तर्गत नर्सिंग/पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों (ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम को छोड़कर) के नये प्रशिक्षण केन्द्र खोलने एवं पूर्व से चल रहे पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि हेतु आवेदन–पत्र आमंत्रित किये जाने हेतु सामान्य दिशा–निर्देश जारी किये जा रहे है।
- संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी अधिनियम की धारा 8 के अधीन पंजीकृत कम्पनी) आवेदन करने हेतु पात्र होगी।
- **14 फरवरी, 2025 से 06 मार्च, 2025** तक समस्त प्रपत्रों/प्रमाण–पत्रों एवं निर्धारित शुल्क के साथ कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक **"नये/सीट वृद्धि हेतु नवीन नर्सिंग/पैरामेडिकल प्रशिक्षण केन्द्र के आवेदन हेतु"** के माध्यम से ऑनलाईन आवेदन किये जायेंगे।
- 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 आवेदन करने के एक सप्ताह के अन्दर कार्यालय में जमा की जायेगी।
- आवेदन–पत्र की जांच की जायेगी। यदि कोई प्रपत्र संबंधी कमी पायी जाती है तो संबंधित संस्था को ई–मेल के माध्यम से अवगत कराया जायेगा, जिससे संस्था स्थलीय निरीक्षण से पूर्व उस कमी को पूरा कर ले।
- एन0ओ0सी0 हेतु आवेदित संस्थाओं के प्रश्नगत पाठ्यक्रम के अधिकतम तीन स्थलीय निरीक्षण उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा निर्धारित निरीक्षण शेड्यूल में कराये जायेंगे।
- शासन से अनिवार्यता प्रमाण–पत्र/अनुमति प्रदान होने के पश्चात् प्रश्नगत पाठ्यक्रम का द्वितीय निरीक्षण कराया जायेगा, जिसमें संबंधित पाठ्यक्रम हेतु निर्धारित मानक के अनुसार टीचिंग फैकल्टी, उपकरण/उपस्कर की उपलब्धता इत्यादि का सत्यापन किया जायेगा। सत्यापन के पश्चात् ही उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी/उ0प्र0 नर्सेज एवं मिडवाइब्ज कौंसिल द्वारा सम्बद्वता–पत्र प्रदान किया जायेगा।
- **जी0एन0एम0** प्रशिक्षण का आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क **₹ 4,00,000+**(18%GST) निर्धारित है।
- **बी0एससी0–नर्सिंग** हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क **₹ 2,50,000+**(18% GST) निर्धारित है। उक्त शुल्क का 10 प्रतिशत अर्थात **₹** 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।
- **पोस्ट–बेसिक बी0एससी0 नर्सिंग** हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क **₹ 4,00,000+**(18% GST) निर्धारित है।

- **एम0एस0सी0–नर्सिंग** हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क **₹ 5,00,000+**(18% GST) निर्धारित है।
- **नर्सिंग प्रशिक्षण हेतु संस्था के पास 100 बेड का मूल (पैरेन्ट) क्रियाशील चिकित्सालय होना आवश्यक है।**
- किसी भी नर्सिंग संस्थान के लिए मूल अस्पताल से तात्पर्य है कि नर्सिंग संस्थान तथा अस्पताल एक ही ट्रस्ट द्वारा स्थापित किए जाने चाहिए।

  अथवा

  एक ट्रस्ट द्वारा प्रबंधित नर्सिंग संस्थान के लिए 'मूल अस्पताल' से तात्पर्य है कि अस्पताल ट्रस्ट के स्वामित्व और नियंत्रण वाला होगा अथवा ट्रस्ट के किसी सदस्य के प्रबंधन और नियंत्रण वाला होगा। यदि अस्पताल का मालिक ट्रस्ट का एक सदस्य है, तो अस्पताल नर्सिंग संस्थान के चालू रहने तक 'मूल अस्पताल' के रूप में कार्य करता रहेगा। वचन पत्र में इस आशय का भी उल्लेख होना चाहिए कि ट्रस्ट का सदस्य अस्पताल को किसी अन्य नर्सिंग संस्थान के लिए 'मूल/संबद्ध अस्पताल' के रूप में अनुमति नहीं देगा और ट्रस्ट के सदस्यों द्वारा प्रस्तुत यह वचन पत्र कम से कम 30 वर्ष के लिए लागू होगा (अर्थात वचन पत्र पर ट्रस्ट के सभी सदस्यों के हस्ताक्षर होंगे)।

  मूल अस्पताल की सभी शय्या एक ही अस्पताल में अर्थात एक ही भवन/एक ही परिसर में होंगे। इसके अलावा, मूल अस्पताल उसी राज्य में होगा, जहां संस्थान स्थिति है।

  अ) यहां यह उल्लेखनीय है कि यदि किसी विशेष अस्पताल को एक बार 'मूल अस्पताल' के रूप में दर्शाया जाता है और नर्सिंग पाठ्यक्रमों के संचालन के लिए नर्सिंग संस्थान को अनुमति दी जाती है, तो, अनुमति/उपयुक्तता तब तक वैध रहेगी जब तक उक्त अस्पताल एक 'मूल अस्पताल' के रूप में संबद्ध है।

  ब) यदि ट्रस्ट के सदस्य द्वारा दिए गये 'वचन' को रद्द किया जाता हैं, जो जारी की गई अनुमति/उपयुक्तता पत्र को तत्काल प्रभाव से कालातीत/रद्द माना जाएगा।
- इण्डियन नर्सिंग कौंसिल, नई दिल्ली द्वारा निर्धारित मानक ही नर्सिंग प्रशिक्षणों पर लागू होंगे।
- **पैरामेडिकल डिप्लोमा** प्रशिक्षण का आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क **₹ 2,50,000+**(18% GST) प्रति प्रशिक्षण निर्धारित है।
- **स्नातक स्तरीय पैरामेडिकल** पाठ्यक्रम हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क **₹ 2,50,000+**(18% GST) निर्धारित है। उक्त शुल्क का 10 प्रतिशत अर्थात ₹ 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।
- **पैरामेडिकल परास्नातक** प्रशिक्षण का आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क **₹ 5,00,000+**(18% GST) प्रति प्रशिक्षण निर्धारित है।
- **पैरामेडिकल डिप्लोमा** प्रशिक्षण केन्द्र खोलने हेतु आवेदक के पास स्वयं संस्था का **50 बेड/100 बेड** का क्रियाशील चिकित्सालय **(प्रास्पेक्ट्स में प्रशिक्षण हेतु**

चिकित्सालय में बेडों की संख्या दी गयी है) व **6000 वर्गफुट** प्रशिक्षण भवन निर्मित हो। प्रत्येक अतिरिक्त डिप्लोमा प्रशिक्षण हेतु **2000 वर्गफुट** अतिरिक्त भवन आवश्यक है। अस्पताल व प्रशिक्षण भवन आवेदक संस्था/ट्रस्ट/सोसायटी के स्वामित्व का होना अनिवार्य है।

- **स्नातक स्तरीय पैरामेडिकल** प्रशिक्षण केन्द्र खोलने हेतु मूलभूत आवश्यकता के रूप में नगरीय क्षेत्र में 4000 वर्गमीटर (1.00 एकड़) भूमि एवं ग्रामीण क्षेत्रों में 8000 वर्गमीटर (2.00 एकड़) भूमि उपलब्ध हों। स्नातक स्तरीय पैरामेडिकल के 01 प्रशिक्षण केन्द्र हेतु भवन न्यूनतम 1000 वर्गमीटर में निर्मित हों एवं प्रत्येक अतिरिक्त प्रशिक्षण हेतु 200 वर्गमीटर के अतिरिक्त भवन की व्यवस्था हो। उक्त प्रशिक्षण भवन के अतिरिक्त 100 बेड का स्वयं का अस्पताल हों, अथवा 100 बेड के एक ही अस्पताल से सम्बद्धता प्राप्त होने के संबंध में संस्था से प्रदत्त प्रमाण पत्र उपलब्ध हो।
- **परास्नातक स्तरीय पैरामेडिकल** प्रशिक्षण हेतु स्नातक स्तरीय पैरामेडिकल प्रशिक्षण संचालित होना आवश्यक है।

नोट– **विस्तृत जानकारी हेतु आवेदित प्रशिक्षणों के प्रास्प्रेक्टस/विवरणिका का कार्यालय की वेबसाइट** (www.upsmfac.org) **पर अवलोकन करें।**

आवेदन के समय ऑनलाईन अपलोड किये जाने एवं आवेदन–पत्र के साथ लगाये जाने वाले संलग्नक –

फोटोग्राफ :

टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक 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 केन्द्र खोलने हेतु सोसा0/ट्रस्ट/कम्पनी द्वारा पारित रिजोल्यूशन/प्रस्ताव।
4. संस्था की बैलेन्सशीट (विगत 2 वर्षो की)।
5. प्रशिक्षण केन्द्र की भूमि (टीचिंग ब्लाक व हास्टल ब्लाक) 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. टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय का प्रमाणित मानचित्र (ब्लू प्रिन्ट)।
7. अग्नि शमन प्रमाण–पत्र (टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक 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 नम्बर, नियुक्ति–पत्र एवं विगत तीन माह की सैलरी स्लिप)।
12. चिकित्सालय में कार्यरत नर्सिंग कार्मिकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन नम्बर, नियुक्ति–पत्र एवं विगत तीन माह की सैलरी स्लिप)।
13. चिकित्सालय में कार्यरत पैरामेडिकल कार्मिकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन नम्बर, नियुक्ति–पत्र एवं विगत तीन माह की सैलरी स्लिप)।
14. चिकित्सालय के कर्मचारियों की सैलरी संबंधित विगत तीन माह के लेज़र।
15. चिकित्सालय की वर्ष 2022–23/2023–24 की आडिटेड बैलेन्सशीट। जो चिकित्सालय 01 अप्रैल, 2024 के पश्चात् खुले हैं, उनको इस वित्तीय वर्ष से संबंधित दिसम्बर–2024 तक का चार्टर्ड एकाउंटेन्ट द्वारा सत्यापित प्रोविजनल बैंलेन्सशीट देना आवश्यक है।
16. चिकित्सालय के पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत होने की सूचना। यदि चिकित्सालय पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत है तो विगत दो वर्षो में किये गये क्लेम व भुगतान के संबंध में अभिलेख सहित विवरण।
17. डिग्री पाठ्यक्रमों हेतु अटल बिहारी बाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ/सम्बद्ध विश्वविद्यालय का सहमति–पत्र (Letter of Intent)।
18. शपथ–पत्र स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा प्रमाणित।

शपथ–पत्र का प्रारूप

शपथ पत्र

(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 प्रशिक्षण केन्द्र का नाम व पता...में (कोर्स का नाम)............. संचालन हेतु आवेदन किया गया है।
2. मै बचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं अपने प्रशिक्षण केन्द्र में उ0प्र0 सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त पैरामेडिकल/नर्सिंग डिप्लोमा/डिग्री के प्रशिक्षणों के अलावा अन्य कोई प्रशिक्षण नहीं चलाऊँगा/चलाऊँगी।
3. यह कि प्रशिक्षण केन्द्र 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 प्रशिक्षण केन्द्र 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 छाया प्रति संलग्न करें)।
6. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूॅ/करती हूॅ 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।
7. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूॅ/करती हूॅ कि आवेदन–पत्र में मेरे द्वारा दी गयी जानकारी निरीक्षण के समय बदली नहीं जायेगी।
8. मैं वचन देता हूॅ/देती हूॅ कि मैं राज्य सरकार व उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी के द्वारा दिये गये दिशा–निर्देषों व निर्णयों का पालन करूँगा/करूँगी 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

कोषागार प्रपत्र–209 (1)

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

धनराशि जमा करने का चालान फार्म

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/–
			– –	– –	–
			– –	– –	–
				योग	₹ 25,000/–

धनराशि (शब्दो में) रूपया पच्चीस हजार मात्र

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

जमाकर्ता का नाम व हस्ताक्षर

केवल उपकोषागार / बैंक के प्रयोगार्थ

चालान संख्या.. **अंको में रू0**

दिनॉक .... **शब्दो में रू0**

चालान संख्या ....
दिनॉक ....

प्राप्त किया
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर उपकोषागार / बैंक की मुहर सहित