संघ/प्रदेश/स्थानीय तह

.....मन्त्रालय /विभाग/कार्यालय

मा.ले.पा.फा.नं. १७३

डोर हाजिर फारम

योजनाको नामः

कार्यालय कोड नं.

योजना कार्यन्वयन हुने स्थान :

क्र.स	कामदार को किसिम	नाम,थर	काम गरेको मिति																																	जम्मा काम गरेको दिन	दर	जम्मा पाउने रकम	बुझिलिनेको दस्तखत
			१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२				

स्वीकृत भएको रूः अक्षरुपे रू.

भुक्तानी दिनेको दस्तखतः
दर्जाः
मितिः
साक्षी(प्राविधिक कर्मचारी):

पेश गर्नेको दस्तखतः
दर्जाः

स्वीकृत गर्नेको दस्तखतः
दर्जाः
मिति :