

श्री शिक्षा विकास तथा समन्वय इकाइ, हेटौँडा, मकवानपुर ।
सेवा निवृत्त शिक्षकको सञ्चित बिरामी बिदाको रकम भुक्तानीको लागि समष्टिगत विवरण फाराम

शिक्षकको नामथर:

स्थायी ठेगाना:

अवकाश हुँदाको तह:

अवकाश हुँदाको श्रेणी:

अस्थायी सेवा अवधि भए:

अस्थायी नियुक्ति मिति:

तह:

श्रेणी:

अस्थायी नियुक्ति लिई विद्यालयमा हाजिर भएको मिति:

अस्थायी सेवा अवधि:मिति:.....देखि.....सम्म, जम्मा:.....वर्ष.....महिना.....दिन

स्थायी अवधिको विवरण:

स्थायी नियुक्ति मिति:

तह:

श्रेणी:

संकेत नम्बर (सिटरोल नम्बर)

स्थायी सेवा अवधि: मिति:.....देखि.....सम्म, जम्मा:.....वर्ष.....महिना.....दिन

असाधारण बिदा वा बेतलबी बिदा लिएको वा गयल कट्टी भएको वा सेवा टुटेको भए सोको अवधि.....वर्ष.....महिना.....दिन

असाधारण बिदा वा बेतलबी बिदा वा गयल कट्टीको अवधि कटाई अवकाश मितिसम्मको खुद स्थायी सेवा अवधि: जम्मा.....वर्ष.....महिना.....दिन

अस्थायी सेवा अवधि भएको बिरामी बिदाको विवरण				स्थायी सेवा अवधि भएको बिरामी बिदाको विवरण		
	जम्मा पाकेको बिदा	अस्थायी सेवा अवधिमा	जम्मा सञ्चित बिदा	जम्मा पाकेको बिदा	जम्मा खर्चे गरेको बिदा	जम्मा सञ्चित बिदा
अंकमा						
अक्षरमा						

उपर्युक्त विवरण विद्यालयमा रहेको बिरामी बिदाको अभिलेखबाट पछिसम्म फरक नपर्ने गरी हुबहु उतार गरिएको ठीक साँचो विवरण हो । यसमा कुनै फरक पर्ने छैन । फरक परेमा कानून बमोजिम सहन बुझाउन तयार छु भनी दस्तखत गर्ने सम्बन्धित शिक्षक र सिफारिस गर्ने प्रधानाध्यापक,

सम्बन्धित शिक्षकको दस्तखत:

मिति:

सम्पर्क नम्बर:

प्रधानाध्यापकको नामथर:

सम्पर्क नम्बर:

दस्तखत:

मिति:

विद्यालयको छाप:

उपर्युक्त विवरण विद्यालयमा रहेको बिदाको अभिलेख हेरी जाँची रूजु गरिएको ठीक साँचो विवरण हो । यसमा कुनै फरक पर्ने छैन । फरक परेमा कानून बमोजिम सहन बुझाउन तयार छौं भनी

रूजु/सिफारिस तथा प्रमाणित गर्ने,

रूजु तथा सिफारिस गर्ने:

प्रमाणित गर्ने:

शिक्षा शाखा/महाशाखा प्रमुखको नामथर:

इकाइ प्रमुखको नामथर:

पद:

पद:

तह:

श्रेणी:

दस्तखत:

दस्तखत:

मिति:

स्थानीय तहको छाप:

मिति:

शिक्षा विकास तथा समन्वय इकाइको छाप: