



क्रमांक संख्या / Ref no.NITJ/.....

दिनांक / Dated

स्थानीय यात्रा कार्यक्रम एवं परिवहन शुल्क

डा / श्री / श्रीमती _____

पदनाम _____ मूल वेतन _____

दिनांक	से	तक	परिवहन का प्रकार	यात्रा का उद्देश्य
--------	----	----	------------------	--------------------

कृपया उपरोक्त कार्यक्रम को स्वीकृति दी जाए।

हस्ताक्षर _____

नाम _____

पदनाम _____

अनुभागाध्यक्ष / विभागाध्यक्ष द्वारा संस्तुति

कुलसचिव द्वारा स्वीकृत

स्थानीय परिवहन के लिए दावा

मैंने अपने पास से रु/- प्रति कि.मी. की दर से उपरोक्त स्थानीय आवागमन हेतु कुल कि. मी. के लिये
रु/- खर्च किये। कृपया मुझे राशि की प्रतिपूर्ति करें।

हस्ताक्षर _____

नाम _____

पदनाम _____



डा बी आर अम्बेडकर राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, जालन्धर – १४४०११, पंजाब (भारत)
Dr B R AMBEDKAR NATIONAL INSTITUTE OF TECHNOLOGY, JALANDHAR- 144011, PUNJAB (INDIA)

जी / G-3

क्रमांक संख्या / Ref no.NITJ/.....

दिनांक / Dated

LOCAL TOUR PROGRAMME AND CONVEYANCE CHARGES

Dr./Mr./Ms. _____

Designation _____ Basic Pay _____

Date	From	To	Mode of Conveyance	Purpose of Journey
------	------	----	--------------------	--------------------

The above local tour programme may please be approved.

Signature _____

Name _____

Designation _____

Recommended by Section/Department Head

Approved by the Registrar

CLAIM FOR LOCAL CONVEYANCE

I have spent a sum of Rs. _____ out of own pocket for total KM _____ @ Rs/- per Km. Kindly reimburse the amount to me.

Signature _____

Name _____

Designation _____