



www.aiismangalagiri.edu.in

అఖిల భారత వైద్య విజ్ఞాన సంస్థ మంగళగిరి, ఆంధ్రప్రదేశ్  
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, मंगलगिरी, आंध्रप्रदेश  
All India Institute of Medical Sciences, Mangalagiri, Andhra Pradesh  
(An Autonomous Institute under MoHFW, Govt. of India)

दिनांक / Date : .....

**सम्मेलन/कार्यशाला पंजीकरण शुल्क प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र**  
**FORM FOR REIMBURSEMENT OF REGISTRATION FEES (CONFERENCE/WORKSHOP)**

- 1 कर्मचारी का नाम / Name of the Employee : .....
  - 2 कर्मचारी आईडी संख्या / Employee ID No. : .....
  - 3 विभाग / Department : .....
  - 4 भुगतान किए गए पंजीकरण शुल्क का उद्देश्य  
Purpose of Registration Fee Paid : .....
  - 5 सम्मेलन/बैठक/कार्यशाला का संक्षिप्त विवरण  
Brief Details about the  
Conference/Meeting/Workshop : .....
  - 6 भुगतान की गई राशि का विवरण :  
Details of Amount Paid : .....
  - 7 कार्यालय आदेश की प्रति संलग्न / Copy of Office  
Order : .....
  - 8 भुगतान के समर्थन में दस्तावेजी साक्ष्य (रसीद)  
संलग्न है  
Documentary evidence (Receipt) in support of  
payment is enclosed : .....
- कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of the Employee : .....
- विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर / Head of the Department : .....

**केवल वित्त एवं लेखा उपयोग हेतु / For Office Use in Finance & Accounts**

राशि (रु.) /Amount (Rs.)	
रुपये _____ के भुगतान हेतु स्वीकृत। Passed for payment of Rupees	
संबंधित सहायक / Dealing Assistant	
लेखा अधिकारी / डीडीओ Accounts Officer / DDO	
वित्त सलाहकार / Financial Advisor (FA)	
निदेशक / Director	