

रसीद सं. /Vouchar No.

दिनांक/Date

कुल प्राप्त रुपये(Received the sum of Rs)-----रुपये-----
-----केवल),उद्देश्य के लिए(on account of)-----

-----आई.सी.एम.आर.-राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान,पी-33,सी.आई.टी. रोड ,स्किम १०,कोलकाता
७०००१० के निदेशक द्वारा(from the director National Institute of Cholera & Enteric Diseases, P-33 C.I.T.
Road, scheme XM, Calcutta 700010)

.....
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर
(signature of Receiver)

.....
लेखापाल
(Accountant)

.....
कोषाध्यक्ष
(Cashier)

रसीद सं. /Vouchar No.

दिनांक/Date

कुल प्राप्त रुपये(Received the sum of Rs)-----रुपये-----
-----केवल),उद्देश्य के लिए(on account of)-----

-----आई.सी.एम.आर.-राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान,पी-33,सी.आई.टी. रोड ,स्किम १०,कोलकाता
७०००१० के निदेशक द्वारा(from the director National Institute of Cholera & Enteric Diseases, P-33 C.I.T.
Road, scheme XM, Calcutta 700010)

.....
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर
(signature of Receiver)

.....
लेखापाल
(Accountant)

.....
कोषाध्यक्ष
(Cashier)

कुल प्राप्त रुपये(Received the sum of Rs)-----रुपये-----
-----केवल),उद्देश्य के लिए(on account of)-----

-----आई.सी.एम.आर.-राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान,पी-33,सी.आई.टी. रोड ,स्किम १०,कोलकाता
७०००१० के निदेशक द्वारा(from the director National Institute of Cholera & Enteric Diseases, P-33 C.I.T.
Road, scheme XM, Calcutta 700010)

.....
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर
(signature of Receiver)

.....
लेखापाल
(Accountant)

.....
कोषाध्यक्ष
(Cashier)

