

कार्यालय

वास्तविक यात्रा कार्यक्रम माह

कर्मचारी का नाम

पद :-

क्र०सं०	स्थान	प्रस्थान तिथि	प्रस्थान समय	स्थान का नाम जहाँ की यात्रा की गई	पहुँच / वापसी तिथि	पहुँच / वापसी समय	वाहन	यात्रा का प्रयोजन
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

हस्ताक्षर अधिकारी
मय मोहर

हस्ताक्षर नियन्त्रण अधिकारी
मय मोहर