

श्री तालिम तथा रोजगार सेवा प्रदायक संस्थाहरु

विषय: दोस्रो किस्ता भुक्तानी सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा यस परियोजनाबाट सञ्चालित कार्यस्थलमा आधारित तालिम तह-२ (OJT with Level 2) को दोस्रो किस्ता भुक्तानीको लागि तपसिल अनुसारको कागजात सहित पेश गर्नु हुन अनुरोध छ ।

- यसै साथ संलग्न ढाँचा अनुसार भुक्तानी माग गरिएको पत्र
- Financial Sheet Second Claim Report (डाटावेसबाट प्रिन्ट प्रति)
- तालिम समूह अनुसार प्रशिक्षार्थीको नामावली (डाटावेसबाट प्रिन्ट प्रति)
- तालिम समूहगतरूपमा संस्थाबाट प्रमाणित गरिएको तालिम अवधिको प्रशिक्षार्थीहरुको हाजिरीको सारांश परियोजनाबाट तोकिएको ढाँचा अनुसार
- अनुसूची १५ अनुसार कार्ययोजना
- अनुसूची २० अनुसार अनुसार प्रगति विवरण
- हाजिरीको प्रमाणित प्रतिलिपि प्रतिवेदन
- संयुक्त अनुगमन टोलीबाट दोस्रो र तेस्रो चरणको अनुगमन प्रतिवेदन डाटावेसमा अपलोड गरेको हुनु पर्ने । (यो प्रतिवेदन संस्थाले प्रिन्ट गर्नु नपर्ने, प्रत्येक तालिम समूह (TGID ) को Recommended for Payment मा Yes हुनुपर्ने । यदि No भनिएको अथवा अपलोड गरिएको छैन भने सम्बन्धित अनुगमन कर्तासँग सम्पर्क गर्नु हुन ।

*(सवै कागजात तथा प्रतिवेदनहरुमा छाप र आधिकारिक सही गरिएको हुनु पर्दछ र दोस्रो किस्ताको लागि सम्पूर्ण प्रतिवेदन तथा विवरण रुजु भई स्वीकृत पश्चात मात्र भ्याट विल जारी गर्नु पर्ने ।)*

नमुनाका लागि

मिति:.....

श्रीमान् परियोजना निर्देशकज्यू  
व्यावसायिक शिक्षा तथा तालिम अभिवृद्धि परियोजना  
बुद्धनगर, काठमाडौं ।

विषय: दोस्रो किस्ता वापतको रकम भुक्तानी सम्बन्धमा ।

श्रीमान्

प्रस्तुत विषयमा त्यस परियोजना र यस संस्था बीच नतिजा, भौचर, तथा महिला विशेषमा आधारित छोटो अवधिको तालिम सञ्चालन गर्नका लागि भएको संझौता अनुसार तालिम सम्पन्न भएकोले उक्त कार्य वापत तपशिल अनुसार दोस्रो किस्ताको हुन आउने रकम माग बमोजिम कागजातहरु सहित यो निवेदन पेश गरेको छु ।

तपशिल

SN	TG ID	TRADE	Unit Cost	Claim Amount
1				
2				
3				
			Sub Total	
			13% VAT	
			<b>Grand Total</b>	

(यो पत्र संस्थाको लेटरहेडमा तयार गरी संस्थाको छाप र आधिकारीक व्यक्तिको सही गरिएको हुनु पर्दछ)

आधिकारिक व्यक्तिको:

संस्थाको छाप

नाम:

सही:

मिति:

प्रशिक्षार्थीको हाजिरी बिबरण

तालिम समूह (TGID)..... तालिम सञ्चालन

स्थान:.....

तालिम सुरु मिति:.....

तालिम सम्पन्न मिति:.....

तालिम सञ्चालन भएको विषय:.....

क्र.सं.	प्रशिक्षार्थीको नाम	जम्मा तालिम सञ्चालन भएको दिन OJT सहित	प्रशिक्षार्थी उपस्थित भएको दिन	कैफियत
१				
२				
३				
४				
५				
६				
७				
८				
९				
१०				
११				
१२				
१३				
१४				
१५				
१६				
१७				
१८				
१९				
२०				

आधिकारिक व्यक्तिको:

संस्थाको छाप

नाम:

सही:

मिति: