



सीपीडीए प्रतिपूर्ति खंड वर्ष ..... /CPDA reimbursement form Block Year.....

नाम एवं पता / Name & Designation: \_\_\_\_\_

विभाग / Department: \_\_\_\_\_

क्र. /Sr. No	व्यय मद / Expenditure Head	Bill No. & Date	दावे / Claimed Amount ₹	Remark
	कुल / Total ₹:			

(शब्दों में / In words ₹: \_\_\_\_\_)

**प्रमाणित / Certificate:**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर लिखित मदों के में राशि का व्यय किया गया है। इस व्यय में किसी भी स्पष्टीकरण की आवश्यकता पड़ने पर मेरी पूर्णतः जवाबदारी होगी। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त लिखित जानकारी/देवे सत्य एवं सही हैं। / I certify that the amount has been utilized under the heads indicated above. I take full responsibility for any clarification required on the expenditure as and when required. I further declare that the information/claim stated above is true and correct.

हस्ताक्षर एवं दिनांक / Signature & Date

संलग्नक / Enclosures:

विभाग / अनुभाग प्रमुख / HOD/ Section Head

संकायाध्यक्ष (संकाय कल्याण) / Dean (Faculty Welfare)

लेखा अनुभाग के द्वारा स्वीकृति हेतु प्रस्तुत / Sanction Process by Accounts Section

स्वी. आ. क्र. / S. O. No. ....	दिनांक / dt. ....	लेखा मद / Account Head .....
--------------------------------	-------------------	------------------------------

स्वीकृति हेतु / For Sanction of ₹: \_\_\_\_\_ (शब्दों में / In words) ₹: \_\_\_\_\_ (केवल / Only)

कनि. / कनि. अधीक्षक / लेखापाल  
JA/JS/Accountant

अनुभाग अधिकारी  
Section Officer

सहायक कुलसचिव  
Asst. Registrar

कुलसचिव  
Registrar

निर्देशक  
Director

टिप्पणी (यदि कोई हो तो) / Remarks (If any)