छत्रदेव गाउँपालिका

.....

हाजिरी उतार फाराम

२० ..... साल ..... महिना

क्र. सं.	कर्मचारीको नाम, थर	दर्जा	गते / बार	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	कैफियत

तयार गर्नेको दस्तखतः

प्रमाणित गर्नेको दस्तखतः