

डॉ./श्री/श्रीमती ....., कर्मचारी सं./पीपीओ सं. ....  
.....से संबंधित दवाइयों के खर्च का विवरण  
Statement/Expenditure of Medicine Charges in respect of Dr./Sri/Smt. ....  
..... Emp. No./PPO No. ....

मो.नं./Mob. No.-..... ई-मेल पता/E-mail ID.....

वाउचर्स का विवरण एवं राशि/Details of Vouchers & Amount

क्र.सं. Sl. No.	कैश मेमो सं. व दिनांक Cash memo No. & Date	चिकित्सालय/केमिस्ट/ड्रुगिस्ट का नाम Name of Hospital/Chemist/Druggist	राशि (₹) Amount
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

कुल योग/Grand Total रु./Rs. ....