

वाणिज्य संस्था वार्षिक तपासणी अहवाल

१) संस्थेचे नाव :

व पुर्ण पत्ता

२) प्राचार्याचे नाव :

३) तपासणी/भेट दिनांक वेळ :

४) संस्थेची स्थापना - दिनांक :

५) मान्यता दिनांक व क्रमांक :

६) कोणत्या विषयाची मान्यता आहे ? :

विषय

गती श.प्र.मि.

टंकलेखन/संगणक टायपिंग :

अ) मराठी

ब) इंग्रजी

क) हिंदी

लघुलेखन :

अ) मराठी

ब) इंग्रजी

क) हिंदी

७) संस्थेच्या कामकाजाची वेळ : सकाळी ----- ते ----- पर्यंत

दुपारी ----- ते ----- पर्यंत

प्रत्येक तासिका

मिनिटांची आहे.

८) संस्थेची मालकी :

९) संस्थेची जागा :

जागा मालकीची की भाड्याची

जागेचा तपशील :

खोली

आकारमान

जागा पुरेशी/अपुरी आहे.

प्रकाश व्यवस्था चांगली/हवेशीर आहे.

इतर सुविधा

१०) फीचे दर :

प्रवेश फी रूपये

टंकलेखन फी रूपये

लघुलेखन फी रूपये

संगणक टायपिंग फी रूपये

११) टंकलेखन यंत्रांचा तपशील (आवश्यक वाटल्यास स्वतंत्र प्रपत्र जोडावे.)

अ) एकूण टंकलेखन यंत्र

१. इंग्रजी पैकी चालू स्थितीत

२. मराठी पैकी चालू स्थितीत

३. हिंदी पैकी चालू स्थितीत

टंकलेखन यंत्रासंबंधीचा अभिप्राय :

१२) निदेशक नाव शैक्षणिक पात्रता

या विषयासाठी निदेशक म्हणून काम करतात.

१३) फर्निचर - तपशिल नग

खुर्च्या :

टेबल :

स्टुल :

कपाटे :

रॅक्स :

नोटीस बोर्ड :

इतर साहित्य :

१४) पुस्तके व तक्ते

चालू वर्षी

मागिल वर्षाअखेर

१. इंग्रजी - संख्या

२. मराठी - संख्या

१५) संस्थेतील दफ्तर व नोंदीची स्थिती

अ) विद्यार्थी विषयक :

१. जनरल रजिस्टर

२. विद्यार्थी हजेरीपत्रके

३. विद्यार्थ्यांचे प्रवेश अर्ज

४. चाचण्या व संस्थाअंतर्गत परीक्षांच्या नोंदी

५. जी.सी.सी. परीक्षेबाबतची नोंद/रजिस्टर

६. संस्थेच्या प्रमाणपत्राचे रेकॉर्ड

७. विद्यार्थ्यांची दैनंदिन सराव फाईल

ब) निदेशक : सेवक यांचेबाबत :-

१. सेवक हजेरीपत्रक

२. सेवक वेतन नोंदपत्रक

३. सेवक माहिती रजिस्टर

क) संस्थेशी संबंधित :-

१. फी जमा पुस्तके

२. फी रजिस्टर

३. जडसंग्रह नोंदवही

४. खात्याशी केलेल्या पत्रव्यवहाराची फाईल

५. अधिकाऱ्याचे भेट रजिस्टर

१६) मागील होन परीक्षाचे (जी.सी.सी./डी. परीक्षा) निकाल -

विषय मे ऑक्टोबर/नोव्हेंबर

टंकलेखन - इंग्रजी

३०

४०

५०

६०

मराठी

३०

४०

हिंदी

३०

४०

लघुलेखन - इंग्रजी

मराठी

१७) यापूर्वीच्या तपासणी अहवालातील सुचनांची/पुर्तता केली आहे काय ?

तपशील द्यावा.

१८) या सालात प्रवेश दिलेल्या विद्यार्थ्यांची संख्या/व पटावरील संख्या

१९) तपासणी अधिकाऱ्याचे अभिप्राय/सुचना/शिफारशी -

दिनांक :-

स्थळ :-

तपासणी अधिकारी स्वाक्षरी

पदनाम :