



# बाल महिला कल्याण

विकाश आश्रम, ऑफिसर कॉलोनी, मिरचाईबाड़ी, कटिहार

स्वयं सहायता समूह SHG प्रगति प्रतिवेदन



संदर्भ सं०

माह

दिनांक

प्रखण्ड \_\_\_\_\_ पंचायत \_\_\_\_\_ ग्राम \_\_\_\_\_  
टोला \_\_\_\_\_ वार्ड नं० \_\_\_\_\_ SHG नाम \_\_\_\_\_  
बैंक \_\_\_\_\_ खाता नं० \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_  
योजना \_\_\_\_\_ टेलिफोन नं० \_\_\_\_\_ जमा किस्त @ \_\_\_\_\_

क्र०सं०	सदस्य	आयु	पिता/पति	BPL No.	सम्बन्ध	शिक्षा	जाति	व्यवसाय	पद
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

स्थानीय उत्प्रेरक.....SHG समन्वयक.....सचिव.....

## प्रतिलिपि :

- माननीय जिला पदाधिकारी/उपविकास आयुक्त/अध्यक्ष जिला परिषद् कटिहार
- माननीय प्रखण्ड विकास पदाधिकारी /निदेशक, जिला ग्रामीण अभिकरण कटिहार
- माननीय/सांसद/विधायक/प्रमुख/मुखिया/जि०परिषद्/पंचायत समिति/वार्ड सदस्य.....

SHG ग्रेडिंग दिनांक.....प्राप्तांक.....अभ्युक्ति.....

SHG.....अध्यक्ष.....सचिव.....

BMK समन्वयक प्रखण्ड विकास पदाधिकारी शाखा प्रबन्धक