AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY
KATHMANDU- NEPAL

Date:________________________ Sheet No: _______________

Employees' Particular of:____

S.No.	Employee's Name	Gender	Date of Birth	Designation	Date of Joining	Salary (Rs.)	Amount of Insurance (Rs.)	Remarks

____
Signature & Stamp of Employer

अमेरिकन लाईफ इन्स्योरेन्स कम्पनी

काठमाडौं, नेपाल

मिति :____________________ पाना नं. : ________________

कर्मचारीहरुको विवरण

सि. नं.	कर्मचारीको नाम	लिङ्ग	बैबाहिक स्थिति	जन्म मिति	पद	जागिर शुरु गरेको मिति	तलब रु.	बीमांक रु.	कैफियत

____

रोजगारदाताको हस्ताक्षर र कम्पनीको छाप