



# ADMIYA DHARSANA YATHRA

SIDDHAVIDYA SABHA

DATE:

NAME		ADDRESS	
*FAMILY MEMBERS NAME		PHONE	

\*PARTICIPATING FAMILY MEMBERS ONLY

ആത്മീയ ദർശനം യാത്രയുടെ നിർദ്ദേശങ്ങൾ നിബന്ധനകൾ വായിച്ച്  
മനസ്സിലാക്കി കൊണ്ട് യാത്രയിൽ പങ്കുചേരുവാൻ താല്പര്യമുണ്ട്

എന്ന്

അപേക്ഷകൻറെ പേര് ഒപ്പ്

## OFFICE USE ONLY

ADY NO :

SABHA ID:

DATE	PAYMENT	RECIPT	TOTAL	REMARKS

APPLICANT SIGN

ATHOURIZED SING

OM LOGA SANTHY