



पुतलीबजार नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
स्याङ्जा

गण्डकी प्रदेश, नेपाल

प.सं.: ०७६/०७७

मिति: २०७६/०८/१०

च.न. १५३०

श्री सवै वडा कार्यालयहरु
पुतली बजार नगरपालीका स्याङजा

विषय: विपन्न नागरिक औषधि उपचार आवेदन तथा सिफारिस सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य समन्वय महाशाखाको मिति २०७६-०७-२९ को च.नं १३१ पत्रानुसार विपन्न नागरिक औषधि उपचार कोष निर्देशिका २०७५ पहिलो संसोधन अनुसार विपन्न नागरिक औषधि उपचार सिफारीस गर्दा निम्नानुसारको ढाँचामा गर्नु हुन अनुरोध छ । साथै उक्त निर्देशिका पुतली बजार नगरपालीकाको web site मा प्रकाशित गरिएको छ ।

रुद्र बहादुर मल्ल
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
रुद्र बहादुर मल्ल
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसुचि २
(दफा ४ उप दफा (१)सँग सम्बन्धित)
विपन्न नागरिक आवेदन तथा सिफारिस फारम

श्रीमान अध्यक्ष ज्यू ।

देहाय वमोजिम विवरण भरी विपन्न नागरिक औषधिउपचार सहूलियतको लागी अनुरोध गर्दछु ।

१	वैयक्तिक विरामीको नाम : उमेर : लिंग : ठेगाना स्थाई : जिल्ला : पालीका : वाडा नं : अस्थायी जिल्ला : पालीका : वडा नं : जातिगत विवरण : ब्राहमण ,क्षेत्री ,आदिवासी, जनजाती,दलित, अल्पसंख्यक, अन्य परिवार संख्या	
२	आयस्रोत पेसा र व्यवसाय : परम्परागत कृषि : रोजगारी (स्वदेशी विदेशी) उद्दम / व्यवसाय : अनुमानित मासिक आय :	
३	जग्गा जमिन -(क्षेत्रफल र स्थान समेत) भौतिक संरचना : (घर / टहरा आदीको संख्या कच्ची पक्की) सवारी साधन : वैक मौज्दात : सुन चाँदी : नगद :	
४	विरामीको रोगको किसीम : मुटु रोग , मृगौला रोग, क्यान्सर , पार्किन्सन्स , अल्जाइमर, हेड इन्जुरी, स्पाइनल इन्जुरी र सिकलसेल एनिमिया	
५	सम्लग्न कागजातहरु -(क) विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि -(बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि) ख) रोग निदानभएको प्रेस्क्रिप्सन	
६	उपचार सहूलियतका लागि सिफारिस माग गरेको अस्पताल :	
७	उपर्यक्त वमोजिमको वेहोरा साँचो हो भेटा ठहरे सहुला बुझाउला । निवेदको नाम : ठेगाना : दस्तखत : मिति : सम्पर्क नं	
८	सिफारिसको व्यहोरा : सिफारिस गर्ने नाम : पद : दर्जा : मिति : कार्यालयको छाप :	

