

अनुसूची-१

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति:-

श्री बंगल नगरपालिका,  
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय खिरातडी, बझांग ।

विषय:- प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा बंगल नगरपालिका.....नं. वडा..... गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर..... वर्षको.....राष्ट्रिय परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./ जन्म दर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा).....सम्पर्क नम्बर भएको श्री ..... अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात रोग निदान भएको भनि अस्पतालको पुर्जी / कागजातहरूको विवरण जाँच बुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:.....

पुरा नाम थर:.....

दर्जा.....

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नम्बर:.....

संस्थाको छाप