

अनुसूची-१

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

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

श्री गाउँपालिका

.....

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा गाउँपालिका वडा नं गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं १६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क नं भएको श्री को साल महिना गते श्री अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/ क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पूर्वी/कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत :

पुरा नाम थर :

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.

संस्थाको छाप