

अनुसूची - १  
(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

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

मिति: .....

श्री देवघाट गाउँपालिका  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय  
देवघाट, तनहुँ  
गण्डकी प्रदेश, नेपाल ।

विषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

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

**प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको**

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.:

संस्थाको छाप: