

अनुसूची-२  
(दफा ४ को १ को (ख) सँग सम्बन्धित)

मिति:- .....

श्री ..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

विषय:- प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा ..... जिल्ला, .....पालिका, वडा नं .....  
गाउँ/टोल ..... स्थायी ठेगाना भएको वर्ष ..... को .....  
राष्ट्रिय परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको  
हकमा) श्री ..... (सम्पर्क नं .....)  
को ..... रोग  
निदान भएको भनि पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पतालको  
पुर्जी/कागजातहरूको विवरण जाँचबुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:-

पुरा नामथर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप: