

निवेदन

श्री प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्र,
पथलैया, बारा ।

विषय: प्रमाणपत्र उपलब्ध गराईदिनु हुन ।

निम्नलिखित विवरण सहित मुख्य प्रशिक्षक को
नेतृत्वमा संचालित तालिममा
संलग्न योग्य जना सहभागीहरुको तालिम रजिष्ट्रेशन फारम साथ संक्षिप्त प्रतिवेदन भरि पठाईएको
छ । निजहरुलाई तालिम प्रमाणपत्र उपलब्ध गराई दिनुहुन सिफारिस साथ अनुरोध छ । तालिमको बिस्तृत
प्रतिवेदन पछि पेस गरिने छ ।

प्रमाणपत्रका लागि संक्षिप्त प्रतिवेदन फारम

(ब्याच नः)

१. तालिमको नाम:
२. तालिम संचालन मिति: २०...../...../..... गतेदेखि २०...../...../..... सम्म
३. तालिमको संचालन गर्ने संस्थाको नाम र ठेगाना:
४. बजेट/श्रोत:
५. तालिम साईटको नाम र ठेगाना:
६. कार्यक्रम संयोजकको नाम र ठेगाना:
७. श्रेस्ता राख्ने जिम्मेवार व्यक्तिको नाम र मोबाईल नः
८. पुर्व तयारी बैठक मिति:

मुख्य प्रशिक्षक/प्रशिक्षक/सह-प्रशिक्षक/कोच/श्रोत व्यक्तिको विवरण:

S.N.	Name	PID No.	Working Place	Designation	Citizenship No.	Contact No.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

सहभागीहरूको विवरण:

S.N.	Name	PID No.	Working Place	Designation	Citizenship No./ DOB (yyyy-mm-dd)	Contact No.

दस्तखतः

कार्यालयः मोबाईल नः

नाम/पदः