

मिति:.....

श्रीमान कार्यकारी निर्देशक
निजामती कर्मचारी अस्पताल
मिनभवन, काठमाडौं।

विषय: छुट शोधभर्ना प्राप्त गरी पाउँ बारे।

अस्पताल आइडीको बिरामी.....को
उपचारको विलिङ गर्ने क्रममा कुल बिल रकम रु..... मा.....प्रतिशत
छुट नभएकोले शोधभर्नामा प्राप्त हुनुपर्ने रकम रु. उपलब्ध गराइदिन
अनुरोध छ।

नाम:

ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

हस्ताक्षर: