



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

फोन नं:-०६१-५२०४६१,  
०६१-५३३५००

## पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान

पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पताल  
रामघाट, पोखरा

मिति :-

### निरोगीताको प्रमाण पत्र

.....स्थायी ठेगाना भएका श्री .....  
को छोरा/छोरी/श्रीमती वर्ष ..... को ..... लाई परिक्षण गर्दाको  
वखतमा आखा, कान र मानसिक रूपमा कुनै समस्या नदेखिएको ब्यहोरा अनुरोध छ ।

सम्बन्धित ब्यक्तिको हस्ताक्षर :-

दायाँ हातको वुढी औँलाको छाप :-

सिफरिस गर्ने चिकित्सक को नाम :-

दस्तखत :-

एन.एम.सि. नम्बर :-

मिति :-



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

फोन नं:-०६१-५२०४६१,  
०६१-५३३५००

## पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान

पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पताल  
रामघाट, पोखरा

मिति :-

### निरोगीताको प्रमाण पत्र

..... स्थायी ठेगाना भएका श्री .....

को छोरा/छोरी/श्रीमती वर्ष ..... को ..... लाई मैले परिक्षण गर्दा कुनै कडा किसिमको रोग नभएको ब्यहोरा प्रमाणित गर्दछु ।

सम्बन्धित ब्यक्तिको हस्ताक्षर :-

दायाँ हातको वुढी औंलाको छाप :-

प्रमाणित गर्ने चिकित्सक को नाम :-

दस्तखत :-

एन.एम.सि. नम्बर :-

मिति :-