



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

फोन नं:-०६१-५२०४६१,  
०६१-५३३५००

## पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान

पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय अस्पताल  
रामघाट, पोखरा

प.सं:-

च.नं.-

मिति :- २० । ।

### जो जस सँग सम्बन्ध छ ।

..... जिल्ला ..... गा.पा/न.पा वडा न .....  
निवासी हस्पिटल रजिष्ट्रेसन नंवर ..... का श्री  
..... को छोरा/छोरी/श्रीमती वर्ष ..... को/की  
श्री/सुश्री/श्रीमती .....लाई मैले परिक्षण गर्दा

.....  
भएको देखिएको ब्यहोरा अनुरोध छ ।

परिक्षण गर्ने चिकित्सकको नाम थर :.....

एन.एम.सि.नं.: .....

विभागीय प्रमुखको हस्ताक्षर: .....

एन.एम.सि.नं.