



काठमाडौं महानगरपालिका

काठमाडौं महानगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

वडा नं.
३ नं. प्रदेश, नेपाल

पत्र संख्या:
चलानी नं.:

मिति:

विषय: हेमो डाईलोसिसको लागि सिफारिस गरिएको ।

श्री शहरी स्वास्थ्य विभाग
का.म.पा., बबरमहल ।

हे.डा.विरामी सं.:/०७८/७९
वडा नं.

प्रस्तुत विषयमा का.म.पा. वडा नं. टोल को स्थायी बासिन्दा वर्ष को श्री ले मृगौला सम्बन्धि रोगको हेमो डाईलोसिस उपचार श्री वीरेन्द्र अस्पताल छाउनीबाट गर्न यस वडा कार्यालयमा सिफारिस पाऊ भनि दिएको निवेदनमा नीज व्यक्त उक्त रोगको विरामी भएकोले उपचार प्रक्रियाको लागि सिफारिस गरिदिन अनुरोध गर्दछु ।

संलग्न:

१. नागरिकताको प्रतिलिपि
२. मृगौला रोगीको परिचय खुल्ने कागजपत्र

.....
वडा अध्यक्ष



श्री शहरी स्वास्थ्य विभाग
काठमाडौं महानगरपालिका
ववरमहल, काठमाडौं

मिति :

विषय : मृगौला रोगको हेमोडाइलाइसिस उपचार गर्न पाउ ।

महोदय ,

काठमाडौं महानगरपालिकाको सहयोगमा उपलब्ध गराउने हेमो डाइलाइसिस उपचार सेवाको मलाई मेरो..... लाई मृगौला सम्बन्धी रोग लागे हेमोडाइलाइसिस गर्नु पर्ने भएकोले श्री वीरेन्द्र अस्पतालको नाममा सिफारिस गर्नुगर्नुहुन अनुरोध गर्दछु ।

तपसिल:

विरामीको नाम :

उमेर :

महिला पुरुष

ना.प्र.प. नं.:

वडा नं.

सम्पर्क नं.

विरामीको पिता पतिको नाम:

संलग्न कागजातहरु:

१. विरामीको नेपाली नागरिकताको प्रतिलिपि - १
२. वडाको सिफारिस - २
३. रोग खुलेको अस्पतालको कागजात - १
४. विपन्न नागरिक उपचार समितिको निर्णय तथा पत्र - १
५. पार्सपोट साइजको फोटो - १
६. पहिले हेमोडाइलाइसिस गराएको भए पछिल्लो रिपोर्ट - २
७. Sero Negative Report - २ (HIV , HCV , HbsAg)

निवेदकको सही:

नाम :

नाता:

सम्पर्क नं.: