

अनुसूची १

(दफा ४ (१) संग सम्बन्धित)

(प्रसुतीको लागि निशुल्क एम्बुलेन्स सुविधा लिन पेश गर्नुपर्ने निवेदनको ढाँचा)

मिति :

श्रीमान् अध्यक्ष ज्यू
गुल्मीदरबार गाउँपालिका
गौडाकोट गुल्मी ।

विषय : निःशुल्क एम्बुलेन्स सुविधा सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा गुल्मीदरबार गाउँपालिका वडा नं. टोल मा बस्ने
..... को पत्नी वर्ष को म
गाउँपालिकाको स्वास्थ्य संस्थामा नियमित गर्भ परीक्षण गराईरहेको अवस्थामा
प्रसुतीको लागि गाउँपालिकाको स्वास्थ्य चौकीमा प्रसुती भएको / हुन नसकी
..... अस्पतालमा रिफर भई उपचारको लागि जानु पर्ने हुँदा त्यस
कार्यालयको एम्बुलेन्स स्थान देखि स्थान सम्मको लागि उपलब्ध
गराईदिनु हुन अनुरोध गर्दछु ।

दस्तखत :

नाम थर :

सम्पर्क नम्बर :

एम्बुलेन्स चालकले भर्नुपर्ने :

..... स्थान देखि स्थान सम्म
एम्बुलेन्स संचालन गर्दा कि.मि. सवारी संचालन भएको ।

एम्बुलेन्स चालकको नाम :

दस्तखत :

मिति :

संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू

१. वडा कार्यालयको सिफारिस
२. गाउँपालिकाको स्वास्थ्य संस्थाको रिफर कागजात
३. जिल्ला अस्पताल तथा अन्य अस्पतालको रिफर कागजात
४. सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था तथा अस्पतालको जन्म प्रमाणित कागज
५. बच्चाको जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि