

अनुसूची ५

स्वास्थ्य क्लिनिक, आयुर्वेद क्लिनिक, उपचार केन्द्र लगायतका स्वास्थ्य संस्था  
सञ्चालन अनुमति माग गर्ने निवेदन फाराम  
दफा ६ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)



मिति :

१. संस्थाको नाम :

२. संस्थाको प्रकार :

३. संस्थाको ठेगाना (पत्राचार गर्ने ठेगाना ) :

|                       |               |                                   |
|-----------------------|---------------|-----------------------------------|
| प्रदेश: वागमती प्रदेश | जिल्ला: चितवन | महानगरपालिका: भरतपुर महानगरपालिका |
| बडा नं. :             | टोल :         | व्लक नं. :                        |
| टेलिफोन नं. :         |               | मोबाईल नं. :                      |

४. लगानीकर्ता व्यक्ति वा संस्थाको नाम :

| क्र.सं. | नाम/संस्था | नागरिकता नं | सम्पर्क नं | कैफियत |
|---------|------------|-------------|------------|--------|
|         |            |             |            |        |
|         |            |             |            |        |
|         |            |             |            |        |
|         |            |             |            |        |

५. सेवा प्रदान गर्ने क्षेत्रहरूको विवरण खुलाउने :

| क्र.सं. | निदानात्मक सेवा | प्रतिकारात्मक सेवा | उपचारात्मक सेवा        |
|---------|-----------------|--------------------|------------------------|
| १       | एक्सरे          | खोप                | जनरल मेडिसिन           |
| २       | USG             | एमसिएच             | जनरल सर्जरी            |
| ३       | Endoscopy       | परिवार नियोजन      | प्रसुती तथा स्त्री रोग |
| ४       | ECG             | .....              | विशेषज्ञ सेवा .....    |
| ५       | .....           | .....              | .....                  |
| ६       | .....           | .....              | .....                  |
| ७       | .....           | .....              | .....                  |

६. संस्थाको वित्तिय स्रोत :

| स्रोत    | निजी लगानी | शेयर कर्जा | सामुदायिक | अन्य<br>(खुलाउने) | जम्मा रु | कैफियत |
|----------|------------|------------|-----------|-------------------|----------|--------|
| लगानी रु |            |            |           |                   |          |        |

गैर सरकारी संस्था वा वैदेशिक स्रोतबाट सहयोग लिई सेवा संचालन गरेको भए सो उल्लेख गर्ने .....

७. संस्थाबाट प्रदान गरिने सेवाहरूको शुल्क सहितको विवरण :

| क्र.सं. | सेवाको विवरण | सेवा शुल्क | कैफियत |
|---------|--------------|------------|--------|
|         |              |            |        |
|         |              |            |        |
|         |              |            |        |
|         |              |            |        |
|         |              |            |        |
|         |              |            |        |
|         |              |            |        |

१६. संस्थाको सेवा संचालनका लागि प्रयोग हुने सामग्री, औजार तथा उपकरणहरूको विवरण

| क्र.सं. | सामग्री, औजार तथा उपकरणहरूको नाम | स्पेशिफिकेशन | बनेको मिति र देश | अवस्था | उपयोगिता |
|---------|----------------------------------|--------------|------------------|--------|----------|
|         |                                  |              |                  |        |          |
|         |                                  |              |                  |        |          |
|         |                                  |              |                  |        |          |

१७. अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थामा सेवा पुऱ्याउने कर्मचारीहरूको विवरण (मापदण्डले तोके अनुसार संलग्न गर्ने)

| क्र. सं. | कर्मचारीको नाम | पद | शैक्षिक योग्यता | काउन्सिल नाम र दर्ता नं | पार्टटाइम /फुलटाइम | करार सम्झौता छ/छैन | सरकारी सेवामा भए स्वीकृति छ/छैन | कैफियत |
|----------|----------------|----|-----------------|-------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|--------|
|          |                |    |                 |                         |                    |                    |                                 |        |
|          |                |    |                 |                         |                    |                    |                                 |        |
|          |                |    |                 |                         |                    |                    |                                 |        |
|          |                |    |                 |                         |                    |                    |                                 |        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

नोट:

- (१) सम्बन्धित सेवा अनुसार निर्धारित मापदण्ड र पूर्वाधार पूरा भएपश्चात मात्र सेवा संचालन गर्न पाईनेछ ।
- (२) उपर्युक्त बमोजिम के कति कर्मचारीहरूको संस्थामा संलग्न हुने हो, स्पष्ट उल्लेख हुनुपर्नेछ ।
- (३) सबै शुल्क विवरण विस्तृत रूपमा उल्लेख हुनुपर्नेछ ।
- (४) संस्थामा काम गर्ने प्राविधिक कर्मचारी सम्बन्धित परिषदमा दर्ता भएको हुनुपर्नेछ र सम्बन्धित परिषद्को प्रमाणपत्र (म्याद ननाघेको) अनिवार्य रूपमा पेश गर्नुपर्नेछ ।
- (५) कर्मचारीहरूको शैक्षिक योग्यताको प्रमाणित प्रतिलिपिका साथै कार्य गर्ने मन्जुरीनामा समेत संलग्न हुनुपर्नेछ ।
- (६) नेपाल सरकारमा कार्यरत कर्मचारीहरू संलग्न हुने भएमा नेपाल स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३ को दफा ५९ अनुसारका स्वीकृति पत्र अनिवार्य रूपमा संलग्न हुनुपर्नेछ तर महानगरपालिका अन्तर्गतका कर्मचारीको हकमा महानगरपालिकाबाट स्वीकृति लिएको हुनुपर्नेछ ।