

आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) शोध भर्ना सम्बन्धी
कार्यविधि, २०८०



लुम्बिनी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
राप्ती उपत्यका (देउखुरी), नेपाल



प्रदेश सरकार, मन्त्रिपरिषद्बाट स्वीकृत मिति:- २०८०/०७/०१

आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) शोधभर्ना सम्बन्धी कार्यविधि,
२०८०

प्रस्तावना: प्रदेशका स्थायी बासिन्दाको आँखाको नानी (कर्निया)मा चोटपटक लागि वा संक्रमण भई दृष्टि गुमाउने अवस्था भएका र आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपण गरी पुनःस्थापना गर्न आवश्यक भएका बिरामीको आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवा प्रदान गर्न र सेवा प्रदान गर्ने अस्पताललाई आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) वापतको रकम शोधभर्ना सम्बन्धी कार्यलाई व्यवस्थित गर्न आवश्यक भएकोले,

प्रदेश सुशासन ऐन, २०७६ को दफा ५३ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी लुम्बिनी प्रदेश सरकार, मन्त्रिपरिषद् ले यो कार्यविधि बनाएको छ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यस कार्यविधि को नाम “आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) शोधभर्ना सम्बन्धी कार्यविधि, २०८०” रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि प्रदेश सरकार, मन्त्रिपरिषद्बाट स्वीकृत भएको मितिदेखि लागु हुनेछ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,-

- (क) "अस्पताल" भन्नाले आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवा प्रदान गर्न प्रचलित कानून बमोजिम सञ्चालन अनुमति प्राप्त गरी उपचार प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्छ।
- (ख) "चिकित्सक" भन्नाले प्रचलित कानून बमोजिम अस्थालमोलोजी विषयमा स्नातकोत्तर उपाधी प्राप्त गरी सम्बन्धित परिषद्मा दर्ता भएको र कर्निया विषयमा फेलोसिप गरेको व्यक्ति सम्झनु पर्छ।
- (ग) "निर्देशनालय" भन्नाले मन्त्रालय मातहतको स्वास्थ्य निर्देशनालय सम्झनु पर्छ।
- (घ) "प्रत्यारोपण" भन्नाले आँखाको नानी एक व्यक्तिको आँखाबाट निकालेर अर्को व्यक्तिको आँखामा वा एकै व्यक्तिको एक आँखाबाट अर्को आँखामा राख्ने कार्य सम्झनु पर्छ।
- (ङ) "बासिन्दा" भन्नाले लुम्बिनी प्रदेशमा स्थायी रूपमा बसोबास गर्दै आएको नागरिक सम्झनु पर्छ।

२०८०

- (च) "बिरामी" भन्नाले आँखाको नानी (कर्निया)मा चोटपटक लागि वा संक्रमण भई दृष्टि गुमाएका र आँखाको नानी (कर्निया) प्रत्यारोपण गरी पुनःस्थापना गर्न आवश्यक भएका व्यक्तिलाई सम्झनु पर्छ।
- (छ) "मन्त्रालय" भन्नाले प्रदेश सरकारको स्वास्थ्य विषय हेर्ने मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।
- (ज) "स्थानीय तह" भन्नाले लुम्बिनी प्रदेशभित्रका नगरपालिका वा गाउँपालिका सम्झनु पर्छ।

३. स्थायी बासिन्दा हुनुपर्ने: (१) यस कार्यविधि बमोजिम आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण सेवा प्राप्त गर्ने व्यक्ति प्रदेशको बासिन्दा हुनुपर्नेछ र निजले बासिन्दा पहिचान खुल्ने प्रमाण पेश गर्नुपर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमका पहिचान खुल्ने प्रमाण पेश नगरेमा हाल स्थायी रूपमा बसोबास गर्दै आएको सम्बन्धित वडा वा स्थानीय तहको बासिन्दा भएको सिफारिस पत्र हुनुपर्नेछ।

४. निवेदन तथा सिफारिस सम्बन्धी व्यवस्था: (१) यस कार्यविधि बमोजिम आँखाको नानी प्रत्यारोपण गर्न चाहने व्यक्तिले सम्बन्धित स्थानीय तहमा अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ र त्यस्तो निवेदन साथ आँखाको नानी प्रत्यारोपण गर्न अत्यावश्यक भएको भनी अस्पतालले प्रदान गरेको सिफारिस (बिरामी पुर्जा) संलग्न गर्नुपर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम स्थानीय तहमा पेश हुन आएको निवेदन तथा कागजपत्रहरू एकीन गरी सिफारिस गर्नका लागि प्रत्येक स्थानीय तहमा देहायको एक सिफारिस समिति रहनेछः-

- | | |
|------------------------------------|------------|
| (क) स्थानीय तहको प्रमुख वा अध्यक्ष | संयोजक |
| (ख) प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत | सदस्य |
| (ग) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख | सदस्य सचिव |

(३) उपदफा (२) बमोजिमको समितिले निवेदनसाथ प्राप्त भएका कागजात, नागरिकता प्रमाण पत्र वा सोही स्थानीय तहको बासिन्दा भए नभएको विवरण, नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्र समेतका आधारमा आँखाको नानी प्रत्यारोपण सुविधा उपलब्ध गराउनका लागि अनुसूची-२ बमोजिमको सिफारिस सहित यस कार्यक्रमका लागि सूचीकृत गरेका अस्पतालमा सिफारिस गर्नुपर्नेछ र सोको जानकारी सम्बन्धित जिल्ला स्थित स्वास्थ्य कार्यालय र निर्देशनालयमा दिनुपर्नेछ।

५. आँखाको नानी प्रत्यारोपणको सेवा शुल्क निर्धारण: निर्देशनालयले यस कार्यविधि बमोजिम प्रति आँखाको नानी प्रत्यारोपणको सेवा शुल्क निर्धारण गर्दा त्यस्तो सेवा प्रदान गर्ने कम्तीमा तीन वटा अस्पतालहरूबाट प्रचलित कानून बमोजिम दररेट माग गरी त्यस्तो दररेटको विश्लेषण गरी प्रति आँखाको न्यूनतम लागत मूल्य निर्धारण गर्नुपर्नेछ र यसरी न्यूनतम लागत मूल्य निर्धारण सम्बन्धी अन्य व्यवस्था प्रचलित कानून बमोजिम गर्नुपर्नेछ।
६. अस्पताल सूचीकृत हुनुपर्ने: (१) आँखाको नानी प्रत्यारोपण सुविधा प्रदान गर्न मापदण्ड पुगेका अस्पताल छनौट गरी सूचीकृत गर्नको लागि निर्देशनालयले कम्तीमा पन्ध्र दिनको सार्वजनिक सूचना स्वास्थ्य मन्त्रालय, आफ्नो सूचनापाटी र वेभसाइटमा प्रकाशन गरी प्रस्ताव माग गर्नुपर्नेछ।
(२) उपदफा (१) बमोजिम प्रस्ताव पेश गर्ने अस्पताललाई निर्देशनालयले सूचीकृत गर्नेछ र अनुसूची-३ बमोजिमको प्रमाण पत्र दिनेछ।
७. सम्झौता गर्नुपर्ने: (१) सूचीकृत अस्पताल र निर्देशनालय बीच आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण गर्ने कार्यको लागि अनुसूची-४ बमोजिमको ढाँचामा सम्झौता गर्नुपर्नेछ।
(२) उपदफा (१) बमोजिम सम्झौता भएका अस्पतालको सूची मन्त्रालय, निर्देशनालय र स्वास्थ्य कार्यालयको सूचना पाटी र वेभसाइटमा सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ र त्यस्तो सम्झौता गरेको अस्पताल मात्र यस कार्यविधि बमोजिम आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण गर्ने कार्यको लागि योग्य भएको मानिनेछ।
८. सम्झौता रद्द तथा सूचीकरणबाट हटाउन सकिने: (१) यस कार्यविधि बमोजिम सम्झौता गरिएका अस्पताललाई देहायको अवस्थामा निर्देशनालयले सम्झौता रद्द गर्न सक्नेछ:-
(क) सेवा प्रदान गर्दा लापरवाही भएको प्रमाणित भएमा,
(ख) नेपाल सरकार वा प्रदेश सरकारले तोकेका मापदण्ड तथा आचारसंहिताको पालना नगरेमा,
(ग) व्यापारिक दृष्टिकोणबाट नाफा कमाउने उद्देश्यले कार्य गरेमा,
(घ) सम्झौता विपरित बिरामीसँगबाट थप शुल्क लिएमा,
(ङ) सम्झौताका शर्त पालना नगरेमा।
(२) उपदफा (१) बमोजिम निर्देशनालयले अस्पतालसँग सम्झौता रद्द गर्नु पूर्व सफाई पेश गर्न मनासिव मौका दिन सक्नेछ।

(३) उपदफा (२) बमोजिम सफाई पेश नगरेमा वा पेश गरेको सफाई मनासिव नदेखिएमा निर्देशनालयले सम्झौता रद्द गरी सूचीकरणबाट हटाई विवरण अद्यावधिक गर्नेछ।

९. अस्पतालले निःशुल्क सेवा उपलब्ध गराउनु पर्ने: सूचिकृत अस्पतालले यस कार्यविधि बमोजिम सम्झौताका शर्तको अधिनमा रही दफा ४(२) मा उल्लिखित स्थानीय तहको समितिको सिफारिसका आधारमा बिरामीलाई आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउनु पर्नेछ र त्यसरी सेवा उपलब्ध गराएको विवरण निर्देशनालयले तोकेको ढाँचामा अभिलेख राख्नु पर्नेछ।
१०. अस्पतालले शोधभर्ना माग गर्ने तथा निकास सम्बन्धी व्यवस्था: सूचिकृत अस्पतालले बिरामीको आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण सेवाको सम्झौता बमोजिमको रकम बिल भरपाई सहित मासिक रूपमा सो महिना भुक्तान भएको मितिले सात दिनभित्र निर्देशनालय समक्ष अनुसूची-५ बमोजिमका विवरण सहित शोधभर्नाको लागि रकम माग गर्नुपर्नेछ।
११. अस्पताललाई रकम शोधभर्ना दिनुपर्ने: सूचिकृत अस्पतालबाट शोधभर्नाको लागि माग भएमा पेश हुन आएका कागजात र विवरणको अध्ययन गरी शोधभर्ना रकम निर्देशनालयले सम्बन्धित अस्पताललाई शोधभर्ना दिनु पर्नेछ।
१२. निर्देशन दिन सक्ने: मन्त्रालयले यस कार्यविधिको कार्यान्वयनका सम्बन्धमा निर्देशनालय र अस्पताललाई आवश्यक निर्देशन दिन सक्नेछ र त्यस्तो निर्देशनको पालना गर्नु सबैको कर्तव्य हुनेछ।
१३. विकास साझेदारसँग सहकार्य तथा साझेदारी गर्न सक्ने: मन्त्रालयले यस कार्यविधि बमोजिम आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवालाई प्राविधिक तथा वित्तीय सहयोग पुऱ्याउने राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय विकास साझेदार संस्थासँग प्रचलित कानून बमोजिम सहकार्य र साझेदारी गर्न सक्नेछ।
१४. अनुगमन सम्बन्धी व्यवस्था: मन्त्रालय, निर्देशनालय र मातहतका स्वास्थ्य कार्यालयले आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवाको व्यवस्थापन सम्बन्धमा अस्पतालको अनुगमन गर्नेछ।
१५. लेखा र लेखापरीक्षण: (१) सूचिकृत अस्पतालले यस कार्यविधि बमोजिम शोधभर्ना प्राप्त रकमको प्रचलित कानून बमोजिम लेखा राखी लेखापरीक्षण गराउनु पर्नेछ।
(२) सूचिकृत अस्पतालले लेखापरीक्षण प्रतिवेदन लेखापरीक्षण सम्पन्न भएको मितिले तीस दिनभित्र निर्देशनालयमा पेश गर्नुपर्नेछ र लेखापरीक्षण प्रतिवेदनमा

आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण सेवाको शोधभर्ना वापतको प्राप्त रकमको कारोबार खुलेको हुनु पर्नेछ।

१६. अनुसूचीमा हेरफेर गर्न सक्ने: मन्त्रालयले यस कार्यविधिमा रहेका अनुसूचीमा आवश्यकतानुसार हेरफेर गर्न सक्नेछ।

१७. अभिलेख राख्नु पर्ने: (१) सूचिकृत अस्पतालले आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण सेवाका लाभग्राही बिरामीको वैयक्तिक विवरण, स्थानीय तहका सिफारिस पत्र र अन्य विवरणको अभिलेख तयार गरी राख्नु पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमका अभिलेख निर्देशनालयले आवश्यकतानुसार माग गर्न सक्नेछ।

१८. कारवाही सम्बन्धी व्यवस्था: (१) यस कार्यविधि विपरित स्थानीय तहका पदाधिकारी वा कर्मचारी, रोगको निदान/बिरामी पुर्जा तयार गर्ने तथा सिफारिसमा संलग्न चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीले कुनै कार्य गरेको प्रमाणित भएमा निर्देशनालयले प्रचलित कानून बमोजिम कारवाहीको लागि मन्त्रालय मार्फत सम्बन्धित निकायमा लेखी पठाउन पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको कार्य गरेको प्रमाणित हुन आएमा त्यस्ता अस्पतालको बिरामी पुर्जा तथा सिफारिसलाई मान्यता दिइने छैन।

१९. प्रचलित कानून बमोजिम हुने: यस कार्यविधिमा लेखिएका विषयमा यसै कार्यविधि बमोजिम र अन्य विषयको हकमा प्रचलित कानून बमोजिम हुनेछ।

२०. बाधा अड्काउ फुकाउ: यस कार्यविधिको कार्यान्वयनमा कुनै बाधा अड्काउ उत्पन्न भएमा प्रदेश सरकार, मन्त्रपरिषदले त्यस्ता बाधा अड्काउ फुकाउ गर्न सक्नेछ।

२०/७/१

सचिव

सचिव

अनुसूची- १

(दफा ४ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

स्थानीय तहमा पेश गर्ने निवेदनको ढाँचा



श्रीमान प्रमुख/अध्यक्षज्यू,

..... गा.पा./न.पा.

..... ।

..... जिल्ला गा.पा./न.पा वडा नं..... को
बासिन्दा म.... लाई आँखाको नानी प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने भएकोले आँखाको
नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) शोधभर्ना सम्बन्धी कार्यविधि,
२०८० बमोजिम सेवा उपलब्ध गराउनको लागि सिफारिस गरिदिनुहुन अनुरोध गर्दछु ।

निवेदकको नाम थर:

दस्तखत:

मिति:

सम्पर्क नं.

संलग्न कागजातहरू:

- बिरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि)
- अस्पतालबाट रोग निदान भएको प्रेस्क्रीप्सन ।

२१/२१

२१/२१
सचिव



अनुसूची- २

(दफा ४ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

स्थानीय तहले प्रदान गर्ने सिफारिस ढाँचा

श्री.....अस्पताल,

.....।

देहाय बमोजिमको विवरण भएको व्यक्तिलाई आँखाको नानी प्रत्यारोपण गर्नुपर्ने भएकोले आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) शोधभर्ना सम्बन्धी कार्यविधि, २०८० बमोजिम सेवा उपलब्ध गराउनको लागि सिफारिस गरिएको छ।

वैयक्तिक विवरण:

बिरामीको नाम थर:.....

उमेर:

लिङ्ग:

ठेगाना: स्थायी जिल्ला:

गा.पा./न.पा.:

वडा नं:

जिल्ला:

गा.पा./न.पा.:

वडा नं:

संलग्न कागजातहरू:

- बिरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि (बालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि)
- रोग निदान भएको प्रेस्क्रिप्सन

सिफारिस गर्ने कर्मचारीको नाम थर:

पद

दर्जा:

मिति:

कार्यालयको छाप:

द्रष्टव्य:- स्थानीय तहले निर्देशनालयमा सिफारिस गर्दा देहाय विवरण अनिवार्य खुलेको

हुनुपर्नेछ:-

१. बिरामीको नाम थर, ठेगाना, ना.प्र.प.नं. र सम्पर्क नं.,
२. बिरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि (१६ वर्ष मुनिको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि),
३. बिरामीको उपचार गरेको वा उपचाररत रहेको अस्पताल भए नाम,
४. रोगको निदान भएको चिकित्सकको बिरामी पुर्जाको संक्षिप्त व्यहोरा,
५. उपचार सेवाका लागि सिफारिस पत्र र समितिको निर्णयको प्रतिलिपि संलग्न गरी पठाउनु पर्नेछ।

२०८१


सचिव

अनुसूची- ३
(दफा ६ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)
सूचीकृत प्रमाण पत्रको ढाँचा

विषय:-सूचीकरण गरिएको सम्बन्धमा ।

श्री

.....

लुम्बिनी प्रदेश ।

प्रस्तुत विषयमा मिति..... मा गा.पा/ न.पामा.....वडामा रहेको
..... अस्पतालले आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण सेवा प्रदान गर्ने कार्यको
लागि सूचीकृत गरिएकोले आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) शोधभर्ना
सम्बन्धी कार्यविधि, २०८० को दफा ३ को उपदफा (२) बमोजिम यो सूचीकरण प्रमाण पत्र
प्रदान गरिएको छ ।



प्रमाणपत्र दिने अधिकारीको

नाम थर:

पद/तह:

दस्तखत:

मिति:

२०८०/१

सचिव



अनुसूची - ४

(दफा ७ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

अस्पताल र निर्देशनालय बीचको सम्झौता पत्रको ढाँचा

स्वास्थ्य निर्देशनालय, राप्ती उपत्यका (देउखुरी), भालुवाङ दाङ (यस पछि "प्रथम पक्ष" भनिएको) र..... अस्पताल (यस पछि "दोस्रो पक्ष" भनिएको) बीच आँखा प्रत्यारोपण सेवा निःशुल्क प्रदान गर्ने सम्बन्धमा तपसिलका शर्तको अधीनमा रही आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) शोधभर्ना सम्बन्धी कार्यविधि, २०८० को दफा ७ को उपदफा (१) बमोजिम यो सम्झौता गरी एक-एक प्रति लियौं दियौं:-

सम्झौताका शर्तहरू:

- यो सम्झौता मिति.....देखि मिति सम्म लागू हुनेछ।
- आँखाको नानी प्रत्यारोपण सेवा उपलब्ध गराए वापत कुनै पनि सेवा शुल्क बिरामीसँगबाट दोस्रो पक्षले लिन पाइने छैन।
- प्रथम पक्षलाई अनुसूची-३ सहितको सम्पूर्ण सेवा शुल्कको रकम दोस्रो पक्षले महिना समाप्त भएको मितिले सात दिनभित्र बिल भरपाई सहित प्रथम पक्षलाई उपलब्ध गराउनु पर्नेछ र प्रथम पक्षले शोधभर्ना गर्नुपर्ने रकम अस्पतालको बैंक खातामा भुक्तानी गर्नेछ।
- दोस्रो पक्षले बिरामीको उपचार र सेवा प्रदान गर्दा प्रचलित कानून, मापदण्ड तथा गुणस्तरको पालना गर्नुपर्नेछ। साथै कार्यविधिको दफा ८ को अवस्थामा प्रथम पक्षले सम्झौता रद्द गर्न सक्नेछ।
- दुवै पक्ष बीच कुनै विवाद उत्पन्न भएमा आपसी समझदारीमा विवाद समाधान गरिनेछ। यसरी विवाद समाधान नभएमा प्रचलित कानून बमोजिम विवाद समाधान गरिनेछ।
- सम्झौतामा भएका शर्तहरू दुवै पक्षको आपसी सहमतिमा परिमार्जन गर्न सकिनेछ।
- यस कार्यविधि बमोजिम सेवा प्रदान गर्ने अस्पतालले सेवा प्रदान गरेको नपाईएमा दफा ८ बमोजिम सम्झौता रद्द तथा सूचिकरण बाट हटाउन सकिनेछ।

प्रथम पक्षको तर्फबाट:

कर्मचारीको नाम थर:

पदाधिकारी नाम:

पद/श्रेणी/तह:

हस्ताक्षर:

कार्यालयको नाम:

छाप:

मिति:

साक्षीको नाम:

दस्तखत:

दोस्रो पक्षको तर्फबाट:

अस्पतालको आधिकारिक

प्रतिनिधिको नाम थर:

पद/श्रेणी/तह:

हस्ताक्षर:

संस्थाको नाम:

छाप:

मिति:

साक्षीको नाम:

दस्तखत:

ईति सम्वत् २०..सालमहिना.....गते... रोज शुभम् ।

द्रष्टव्य: आपसी सहमतिमा सम्झौताका शर्तहरू कार्यविधिको प्रतिकूल नहुने गरी थपघट गर्न सकिनेछ।

२०८१



अनुसूची- ५

(दफा १० सँग सम्बन्धित)

शोधभर्ना रकम भुक्तानी माग गर्ने निवेदनको ढाँचा

विषय:- रकम शोधभर्ना पाउँ।

श्री स्वास्थ्य निर्देशनालय
लुम्बिनी प्रदेश।

तहाँ निर्देशनालय र यस अस्पतालबीच भएको सम्झौता बमोजिमअस्पतालले नियमित रूपमा आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण गर्दै आइरहेकोमा मिति २०..... साल.....महिनाको बिल भरपाई बमोजिमको शोधभर्ना वापतको रकम रु.....(अक्षरेपी.....) यस अस्पताललाई शोधभर्ना गर्नुपर्ने भएकोले आँखाको नानी निःशुल्क प्रत्यारोपण (कर्निया ट्रान्सप्लानटेशन) शोधभर्ना सम्बन्धी कार्यविधि, २०८० को दफा १२ बमोजिम भुक्तानीका लागि तपसिलका कागजात तथा विवरण सहित पेश गरिएको व्यहोरा अनुरोध छ:-

तपसिल:

१. अस्पतालले व्यहोरेको रकम रु.
२. बिल भरपाईको विवरण:
३. सेवा प्रदान गरेका बिरामीको विवरण:

अस्पताल प्रमुखको नाम:

पद/श्रेणी/तह:

दस्तखत:

कार्यालयको छाप:

मिति:

क्र.सं.	नाम थर	ठेगाना	नागरिकता नं.	जारी भएको जिल्ला र मिति	सेवा लिएको मिति	शोधभर्ना रकम रु:	कैफियत

२०८३।