



बिदेश जाने व्यक्तिले भर्नुपर्ने फारम

यो फारमको माध्यमबाट यस देशबाट बाहिरिने यात्रुहरूको महत्वपूर्ण सूचनाहरू प्राप्त गर्नका लागि हो। यो जानकारी नेपाल सरकारद्वारा लागू राष्ट्रिय कानून बमोजिम प्रयोग गरिनेछ। यदि तपाईंलाई सहयोग चाहिएको छ भने अधिकारीलाई सोध्नु होस्।

प्रस्थान मिति(साल/महिना/ गते) २०२२-०४-२० गते । BY FLIGHT



ID: 458246

१.	उडान/वस नं. Flight/Vehicle No.		QR 645		सिट नं. Seat No.				
	१.१	नाम First Name	SHISHIR KUMAR		१.२	थर Last name	REGMI		
	१.३	लिंग Sex	पुरुष (Male) <input checked="" type="checkbox"/> महिला (Female) <input type="checkbox"/> अन्य (Other) <input type="checkbox"/>		१.४	नागरिकता Citizenship	नेपाली (Nepali) <input type="checkbox"/> अन्य (Other)		
	१.५	जन्म मिति (साल/ महिना/गते) Date of Birth (YY/MM/DD)	1999-08-21		१.६	राहदानी (Passport)/ नागरिकता नं. (Citizenship)	362011/6466 (नागरिकता)	क जारी मिति Issue Date	
							ख जिल्ला District		
	१.७	स्थायी ठेगाना Permanent Address	प्रदेश Province		जिल्ला District	न.पा./गा.पा. Municipality/Village	वडा नं. Ward No.	गाँउ टोल Town/Village	
	१.८	नेपालमा हाल बसेको स्थान Address While Staying In Nepal	प्रदेश Province		जिल्ला District	न.पा./गा.पा. Municipality/Village	वडा नं. Ward No.	गाँउ टोल Town/Village	होटल Hotel
			गण्डकी प्रदेश		नवलपुर	देवचुली न.पा.	३	Keurani	
	१.९	नेपालमा सम्पर्क नं. Contact Details in Nepal	१.९.१	आफ्नो (मो/टेलिफोन नं.) Personal Contact No.	9865366988		ईमेल Email	shishirregmi65@gmail.com	
			१.९.२	श्रीमान/श्रीमती/ अभिभावको Husband/Wife/Guardian	नामथर Full Name		सम्बन्ध Relation		सम्पर्क नं. Contact No.
२	यात्राको विवरण (गत ३० दिनको) Travel History (Past 30 Days)								
	बाट From		सम्म To		यात्रा को माध्यम Mode of Travel		उडान/गाडी नं. Flight/Vehicle No.		मिति Date
	1								
३	जाने देशको विवरण Travelling Country		३.१	देशको नाम Country Name	United States		३.२	रहने शहर Staying City	Pittsburgh
४	नेपाल फर्कने भावी योजना बारे(✓ चिन्ह लगाउनु होस्)			४.१	स्वदेश फर्कने (Returning) <input type="checkbox"/> बिदेशमै रहने (Not Returning) <input checked="" type="checkbox"/>				
				बिदेशमै रहने भए देशको नाम					

	Future Return Plan to Nepal	४.२	Country Name Where You Will Stay, If Not Returning	United States
--	-----------------------------	-----	--	---------------

स्वास्थ्य विवरण (Health Information)									
५	५.१	पहिला कोभिड-१९ बाट संक्रमित हुनु भएको Have You Tested Positive For COVID-19?					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.२	पछिल्लो एक महिना यता कुनै स्वास्थ्य समस्या रहेको Any Health Issues For The Past One Month?					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.३	कोभिड-१९ को लागी ल्याब परीक्षण गर्नु भएको Any Laboratory Tests Conducted For COVID-19					छ (Yes) <input checked="" type="checkbox"/>	छैन (No) <input type="checkbox"/>	
		५.३.१	ल्याब परीक्षण गरेको भए, परीक्षण विधि Which Laboratory Test Has Been Conducted For You?				PCR <input checked="" type="checkbox"/>	OTHER <input type="checkbox"/>	
		५.३.२	परिक्षण गरेको भए मिति Test Date	2022-04-20	५.३.३	नतिजा Result	Positive <input type="checkbox"/>	Negative <input checked="" type="checkbox"/>	
५.३.४	परिक्षण गरेको ल्याबको नाम र ठेगाना Laboratory Name Where Test Has Been Done	STAR HOSPITAL, SANEPAL LALITPUR							
५.४	हाल निम्न मध्येका लक्षण भए (✓) चिन्ह लगाउनु होस Mark (✓) If You Are Suffering From Following Symptoms								
	५.४.१	ज्वरो (38° C/100.4° F भन्दा बढि तापक्रम) Fever (More Than 38° C/100.4° F)					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.२	खोकी Cough					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.३	स्वास फेर्न गाह्रो हुने Difficulty In Breathing					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.४	थकान महसुस हुने Tiredness					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.५	पखाला लाग्ने Diarrhea					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.६	बान्ता हुने Vomiting					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.७	रक्तश्राव हुने Bleeding					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.८	दाग देखिने Rashes					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.९	टाउको दुख्ने Headache					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.४.१०	गन्ध नपाउने Loss of Smell					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
५.५	५.५.१	पछिल्लो १४ दिनमा स्वासप्रश्वास सम्बन्धि समस्या भएका व्यक्तिसंग सम्पर्कमा आउनु भएको Have You Come In Contact With Patients Showing Symptoms Of Breathing Difficulties In The Past 14 Days?					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.५.२	सिकिस्त बिरामी वा कारण पत्ता नलागी मृत्यु भएका व्यक्तिलाई हेरचाह गर्नु भएको Have You Recently Attended To Any Sick People Or Been In Contact With Any Person Dying Of Unknown Causes?					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.५.३	कुनै शवलाई छुनु वा शव दहन स्थलमा जानु भएको Have You Recently Been In Contact With A Dead Body Or Attended A Funeral?					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
५.६	५.६.१	कुनै पनि दिर्घ रोगको निरन्तर औषधी सेवन गरिरहनु भएको Are You Under Medication For Any Chronic Medical Condition/ Disease?					छ (Yes) <input type="checkbox"/>	छैन (No) <input checked="" type="checkbox"/>	
	५.६.२	दिर्घ रोगको जानकारी भएमा रोगको नाम Please Specify Any Chronic Condition You Have							

स्वघोषणा (Self-Declaration)									
• उपरोक्त सबै विवरण ठिक छ झुटो ठहरे कारवाही भोग्न तयार छु।									

All the above details are correct and I am ready to face false actions.

- विदेशमा क्वारेन्टाइनमा रहँदा त्यहाँको सरकारबाट जारी स्वास्थ्य निर्देशनको पालना गर्नेछु।

While in Quarantine, I will follow the health guidelines issued by the government.

- गन्तव्य देशको कोभिड-१९ सम्बन्धि सबै नियमको जानकारी छु र यो रोग न फैलोस र यो रोगबाट आफू र अन्यलाई बचाउन अनुशासनका सबै नियमहरु हुनहु पालना गर्नेछु ।

I will follow all the rules of discipline to save myself, my family and my country from this disease so that this disease does not spread in my family and society.



ID: 458246

निवेदक	
हस्ताक्षर	
नाम थर	SHISHIR KUMAR REGMI
मिति	2022-04-20 12:19:34
फोन नं.	9865366988

- प्रत्येक यात्रुले पुर्णरूपमा यो फाराम भरि त्रिभुवन अन्तराष्ट्रिय विमानस्थलको Departure वा Point of Exit मा रहेको हेल्थ डेस्कमा अनिवार्य रूपमा बुझाउनु पर्नेछ ।
Each passenger must complete this form and submit it to the Health Desk at Arrival or Point of Entry of Tribhuvan International Airport.

- नियमित साबुन पानीले हात धुने/स्पानिटाइजर प्रयोग गर्ने बानी बसालौं ।

Get in the habit of washing your hands regularly with soap and water using a sanitizer.

- मास्कको प्रयोग गरौं । Please Use a Mask

- खोकदा हवाछु गर्दा मास्क/कुहिनोले नाक, मुख छोप्ने गरौं । When coughing, cover your nose and mouth with a mask or elbow.

- सामाजिक दुरी कायम गरौं । Please maintain social distance

आफू मात्र हैन, अरुलाई पनि सुरक्षित राख्ने हाम्रो जिम्मेवारी हो । It is our responsibility to protect not only ourselves but also others.

सहयोगको लागि धन्यवाद !!! Thanks for the support !!!

सहयोगको लागि सम्पर्क Contact for assistance

इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा टेकु, काठमाण्डौ

फोन नं.01-4255796 (समय: 1000-1700) ईमेल: ewarsedcd@gmail.com अथवा कल सेन्टर नं.१११५ (Toll Free), Facebook:

www.facebook.com/edcdnepal