

## अनुसूचि ६

### निशुल्क उपचार सेवा पाउनको लागि दिने निवेदनको ढाँचा (दफा सँग सम्बन्धित)

मिति : .....

श्री ..... अस्पताल,  
..... ।

विषय : निशुल्क उपचार सेवाको व्यवस्थामा मिलाउने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा देहायको विवरण भएको बिरामी काठमाडौँ महानगरपालिका निशुल्क उपचार सेवा सम्बन्धी कार्यविधि २०८० को दफा बमोजिम प्रेषित गरीएको छ । निजलाई तहाँबाट उपलब्ध हुने सम्पूर्ण उपचार सेवा निशुल्क उपलब्ध गराउन व्यवस्था मिलाइदिनु हुन अनुरोध छ ।

#### बिरामीको विवरण

- १) बिरामीको नाम, थर .....
- २) राष्ट्रिय परिचयपत्र नं / नागरिकता प्रमाणपत्र / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं .....
- ३) बिरामीको बाबु / आमा / पती / पत्नी .....
- ४) बिरामीको संरक्षकको नाम, थर .....
- ५) जिल्ला ..... ६) पालिका..... ७) वडा नं ..... ८) टोल .....
- ९) फोन नं .....

निवेदक

हस्ताक्षर.....  
नाम, थर .....  
ठेगाना.....