

परुपकर प्रसुतल तथल सुतुरुरुग असुतल वलकलस सडलतल
थलडलथलु, कलठडलडु, डुन नं. ॡरुुुुुुु

कडुडलरुल सहुललडत कलरुड

कडुडलरुलकु नलड :

डद :

डुवलरुल नं.

ठुगलनल :

परोपकार प्रसुति तथा स्त्रीरोग अस्पताल थापाथली, काठमाडौं
कर्मचारीले सहलियत पाउन भर्नुपर्ने फाराम

१. कर्मचारीको नाम:

पद: श्रेणी/तह उमेर: संकेत नं.

मोवाईल नं.: ठेगाना:

सहलियत पाउने परिवारको संख्या:

कार्यरत कर्मचारीको
फोटो अटो साईज
प्रमाणित गर्नुपर्ने

२. श्रीमान वा श्रीमती

नाम :
थर :
जन्म मिति

फोटो अटो साईज
प्रमाणित गर्नुपर्ने

३. छोरा / बुहारी / छोरी

नाम :
थर :
जन्म मिति :

फोटो अटो साईज
प्रमाणित गर्नुपर्ने

४. छोरा / बुहारी / छोरी

नाम :
थर :
जन्म मिति :

फोटो अटो साईज
प्रमाणित गर्नुपर्ने

५. छोरा / बुहारी / छोरी

नाम :
थर :
जन्म मिति :

फोटो अटो साईज
प्रमाणित गर्नुपर्ने

६. बुवा / आमा / ससुरा / सासु

नाम :
थर :
जन्म मिति :

फोटो अटो साईज
प्रमाणित गर्नुपर्ने

७. बुवा / आमा / ससुरा / सासु

नाम :
थर :
जन्म मिति :

फोटो अटो साईज
प्रमाणित गर्नुपर्ने

माथि उल्लिखित विवरण तथा फोटोहरु मेरो आफ्नै परिवारका सदस्यको हो अन्यथा भए
कानून बमोजिम सहूला भनी प्रमाणित गर्ने अस्पतालमा कार्यरत कर्मचारीको

नाम थर :

पद :

दस्तखत :

मिति :

कार्यालय प्रयोजनको लागि

प्रमाणित गर्ने अख्तियार प्राप्त कर्मचारी

नाम थर :

पद :

मिति :

दस्तखत :

कार्ड प्रमाणित गर्ने अधिकारीको

नाम :

पद :

मिति :

दस्तखत :

कार्यालयको छाप

नाम

उमेर

मिति :

नाम

उमेर

मिति :

नाम

उमेर

मिति :

नाम

उमेर

मिति :
