

नेपाल हृदयरोग निवारण प्रतिष्ठान

ललितपुर शाखा
पुल्चोक, ललितपुर

मिति:

शल्यकृत्या गर्नका लागि आर्थिक सहयोगको लागि
सिफारिस गर्ने फाराम

बिरामीको
फोटो

बिरामीको नाम : उमेर :

स्थायी/अस्थायी ठेगाना : टे.नं. :

बिरामीको परिवार संख्या : छोरा / छोरी

बिरामीको अभिभावक :

बिरामी/बिरामीको अभिभावकको आर्थिक अवस्था :

बिरामी/बिरामीको अभिभावकको पेशा :

बिरामीको रोगको पत्ता कहिले लागेको :

सिफारिस गर्ने चिकित्सक :

अप्रेसन गर्ने रोगको विवरण :

शल्यकृत्या गर्ने अस्पताल :

- शहिद गंगालाल अस्पताल
- त्रि.वि. शिक्षण अस्पताल
- वीर अस्पताल
-

अरु कुनै विवरण भए :

कार्यालय प्रयोजनको लागि :

कागजात संलग्न हुनु पर्ने :

१. नगरिकताको प्रतिलिपी
२. PP size फोटो (१ वटा)
३. वडा तथा गा.वि.स.को सिफारिसको प्रतिलिपी
४. संस्थाको नाममा निवेदन
५. अस्पतालको कागजातहरुको प्रतिलिपी