

C समूहको स्वास्थ्य प्रयोगशाला दर्ताको लागि निवेदन फाराम

१. निवेदनको उद्देश्य

नयाँ संचालन स्वीकृती

नविकरण

समूह बर्गिकरण

समूह परिवर्तन

२. निवेदन गरेको समूह

C समूह

३. प्रयोगशालाको विवरण :

प्रयोगशालाको नाम .....

प्रयोगशालाको ठेगाना:

जिल्ला: .....

गा.पा /न.पा./ उ.म.न.पा./म.न.पा : ..... वडा नं .....

मोबाइल नं .....

पत्राचार गरिने इमेल ठेगाना : .....

वेबसाइट ठेगाना : .....

४. स्वामित्वको प्रकार

सरकारी

निजी

एकल

साझेदारी

कपोरेट

अन्य

५. प्रयोगशालाको प्रकार (आवश्यक भएमा एक भन्दा बढिमा टिक ( v ) लगाउनुहोस्)

स्ट्याण्ड एलोन

क्लिनिकमा आधारित

विशिष्टिकृत  उल्लेख गर्नुहोस् .....

पोलिक्लिनिकमा आधारित

बैदेशिक रोजगार

अस्पतालमा आधारित

जनरल अस्पताल  शैया संख्या .....

विशेषज्ञ अस्पताल

६. संस्थाको कानूनी परिचय (अनिवार्य हुनुपर्नेछ)

संस्था संचालकको नाम : .....

संस्था कहाँ दर्ता भएको छ खुलाउनुहोस् :

महानगरपालिका

नगरपालिका

गाउँपालिका

घरेलु तथा साना उद्योग  बाणिज्य कार्यालय

दर्ता गर्ने निकायको ठेगाना : .....

संस्थाको भ्याट नं / स्थायी लेखा नं (प्यान नं) : .....

७. पहिला अनुमति प्राप्त गरिसकेको भएमा :

अनुमति नं ..... जारी गर्ने निकाय : .....

जारी गरेको मिति : .....म्याद समाप्त हुने मिति .....

८. प्रयोगशालाबाट दिइने सेवाको प्रकारहरु :

हेमाटोलोजी

केमेस्ट्री

माइक्रोबायोलोजी

सेरोलोजी

हिस्टोसाइटोप्याथोलोजी

अन्य

९. प्रयोगशाला संचालन रहने दिन र समय

समय	आइत	सोम	मंगल	बुध	बिहि	शुक्र	शनि
देखि							
सम्म							
चौबिसै घण्टा							

१०. प्रयोगशालाको क्षेत्रफल :

जम्मा कोठा संख्या	प्रयोगशाला परीक्षण गरिने क्षेत्रफल	नमूना संकलन क्षेत्रफल	अन्य	कुल क्षेत्रफल

नोट: C समूहको लागि न्यूनतम कुल क्षेत्रफल ४०० स्क्वायर फिट हुनुपर्ने।

११. प्रयोगशालाको भित्रि नक्सा बनाई क्षेत्रफल र कार्य प्रयोजन खुलाउनुहोस् :

MPHL DRAFT

१२. मुख्य बाटो देखि प्रयोगशाला सम्म पुग्ने नक्सा बनाउनुहोस् :

१३. प्रयोगशालाले अन्य कुनै प्रयोगशालाबाट नमुना संकलन गरिरहेको भए रिफर गर्ने प्रयोगशालाको विवरण भर्नुहोस् ।

क्र स	प्रयोगशालाको नाम	ठेगाना	सम्पर्क नं.	सम्झौता भएको मिति	समूह

(नोट: C र D समूहको प्रयोगशालाबाट रिफर भई आएको नमूना नेपाल भित्रै परीक्षण गर्नुपर्नेछ । E समूहको प्रयोगशालाबाट नमुना संकलन गर्न पाइने छैन।)

**१४. जनशक्तिको विवरण**

प्रयोगशाला प्रमुख, प्रयोगशाला ईन्चार्ज, प्राविधिक सुपरभाइजर/नतिजा प्रमाणित गर्ने प्राविधिक, परीक्षण गर्ने प्राविधिक, सहयोगी कर्मचारी गरी छुट्याउनुहोस् ।

कर्मचारीको नाम	पद	योग्यता	पार्ट टाइम/फुल टाइम	NMC/NHPC दर्ता नं	सम्पर्क नं.	संस्थासँग आवद्ध भएको मिति	कर्मचारीको अनुभव (वर्षमा)	उपलब्ध रहने दिन *	उपलब्ध रहने समय *	कैफियत

\* अनिवार्य उल्लेख गर्नुपर्ने। स्नातकोत्तर तहका कर्मचारीहरूले सो दिन र सो समयमा त्यही कार्यालयमा मात्र कार्यरत रहने भन्ने प्रतिवद्धता पत्र उपलब्ध गराउनु पर्ने।

नोट : जनशक्ति विवरण भनें फारामको थप आवश्यकता भएमा यसै पेजको प्रतिलिपी निकाल्नुहोस्।

**१५. औजार उपकरणको अभिलेख :**

सि.नं	मेशिनरी औजारको नाम	ईकाइ	कम्पनीको नाम	मोडल नं	खरिद गरेको मिति	सिरियल नं	हालको अवस्था

--	--	--	--	--	--	--	--

नोट : थप विवरण भर्नु पर्ने भएमा यसै पेजको प्रतिलिपी निकाल्नुहोस् ।

NPHL DRAFT

१६. परीक्षण सेवाको विवरण

क्र.सं	टेष्टको नाम	प्रयोग गरिने मुख्य उपकरण/विधिको नाम	कैफियत

नोट: थप विवरण भर्नु पर्ने भएमा यसै पेजको प्रतिलिपी निकाल्नुहोस् ।

१७. प्रयोगशाला सम्बन्धी अन्य विवरणहरू

प्रयोगशाला कति तल्ला मा छ ?.....

माथि भए लिफ्टको व्यवस्था छ ?

छ  छैन

भन्याङ्गमा पर्याप्त प्रकाशको व्यवस्था छ ?

छ  छैन

प्रयोगशालामा पर्याप्त प्रकाशको व्यवस्था छ ?

छ  छैन

प्रयोगशाला भित्र (ढोका बाहेक) भेन्टिलेसनको लागि के छ?

झ्याल  एड्जस्ट

अन्य भए उल्लेख गर्नुहोस्

फ्यान

प्रयोगशालाको लागि विद्युतिय ब्याकअपको व्यवस्था छ?

छ  छैन

प्रयोगशाला भित्र निरन्तर पानी आउने धारा र सिन्कको व्यवस्था छ ?

छ  छैन

कर्मचारी तथा वरामीको लागि नजिकै सफा शौचालयको व्यवस्था छ?

छ  छैन

पर्याप्त फर्निचरको व्यवस्था छ?

छ  छैन

नमूना संकलन गर्ने छुट्टै कोठाको व्यवस्था छ ?

छ  छैन

फर्निचर र उपकरणहरूको लागि आवश्यक क्षेत्रफलको व्यवस्था छ?

छ  छैन

उपलब्ध गराउने सेवा अनुसार उपकरण तथा रिएजेन्ट छ?

छ  छैन

सेवाहरूको मुल्य सुची र उपलब्ध सेवाहरूको विवरण छ?

छ  छैन

रिएजेन्ट र किट्स उत्पादकले तोकिए बमोजिम उचित भण्डारणको व्यवस्था छ?

छ  छैन

प्रयोगशाला प्रयोजनको लागि टेलिफोनको व्यवस्था छ?

छ  छैन

प्रयोगशालामा इन्टरनेट सहितको कम्प्युटरको व्यवस्था छ ?

छ  छैन

प्रयोगशालाबाट निस्कने फोहोरहरूको उचित व्यवस्थापनको व्यवस्था कस्तो छ?

छ  छैन

अपनाइएको विधि :

1 Hypochlorite मा राखी Dispose गर्ने

2. Autoclaving द्वारा Sterilizing गर्ने

३. जलाउने र गाड्ने

४. अन्य विधि उल्लेख गर्नुहोस्

छ  छैन

छ  छैन

छ  छैन

प्रयोगशालामा Biological hazard सम्बन्धी signs/symbol राखिएको छ?

छ  छैन

नियमित तालिमको व्यवस्था

छ  छैन

अस्पतालमा आधारित प्रयोगशालाको हकमा

ICU भए माइक्रोबायोलोजि परीक्षणको सुविधा र माइक्रोवायोलोजिष्ट

१०० वटा भन्दा बढि मासिक biopsy भएको खण्डमा प्रयोगशालाको आफ्नै

हिस्टोप्याथोलोजिको सुविधा

छ  छैन

छ  छैन



१८. संचालन भइरहेको प्रयोगशालाहरुको हकमा थप भर्नुपर्ने विवरण

(क) उपकरण तथा औजारको अभिलेख	भएको <input type="checkbox"/>	नभएको <input type="checkbox"/>
(ख) Internal QC को रेकर्ड राख्ने	गरेको <input type="checkbox"/>	नगरेको <input type="checkbox"/>
(ग) Standard Operating Procedure प्रयोग गर्ने	गरेको <input type="checkbox"/>	नगरेको <input type="checkbox"/>
(घ) कम्प्युटराईज्ड अभिलेख गुणस्तर नियन्त्रणको अभिलेख	भएको <input type="checkbox"/>	नभएको <input type="checkbox"/>
(ङ) उपकरणहरुको Temperature Control Log	भएको <input type="checkbox"/>	नभएको <input type="checkbox"/>
(च) NEQAS मा सहभागि	भएको <input type="checkbox"/>	नभएको <input type="checkbox"/>
भएको भए वर्षमा कति पटक सहभागि भएको : ..... (पछिल्लो दुई पटकको NEQAS को नतिजा समावेश गर्ने)।		
(छ) कर्मचारीको विस्तृत विवरणको रकर्ड	भएको <input type="checkbox"/>	नभएको <input type="checkbox"/>
(ज) कर्मचारीहरुको हाजिरीको अभिलेख	गरेको <input type="checkbox"/>	नगरेको <input type="checkbox"/>
(झ) कर्मचारीहरुलाई दिइने मासिक पारिश्रमिकको अभिलेख	भएको <input type="checkbox"/>	नभएको <input type="checkbox"/>
(ञ) नियमित तालिमको अभिलेख	भएको <input type="checkbox"/>	नभएको <input type="checkbox"/>

१९. निवेदकको विवरण :

स्वास्थ्य संस्था संचालन मापदण्ड, २०७७ तथा तोकेको निकायबाट माग गरेको कागजात तथा सम्पूर्ण जानकारीहरु यथार्थ रूपमा पेश गरेको छु भन्ने प्रतिवद्धताका साथ यो निवेदन पेश गरेको छु ।

निवेदकको नाम : .....

संस्थामा भएको पद : .....

ई-मेल ठेगाना : ..... सम्पर्क नं : .....

निवेदकको सही : .....

मिति : .....

संस्थाको छाप :

## २०. कार्यलय प्रयोजनको लागि मात्र

संलग्न कागजपत्रहरू :

क्र.स.	विवरण	डकुमेन्ट नं.
१	संस्था दर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी	
२	भ्याट वा प्यान दर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी	
३	प्रयोगशाला रहेको घरको लालपुर्जाको प्रतिलिपी वा घरभाडा सम्झौताको प्रतिलिपी (भाडामा भए मात्र)	
४	करचुक्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी	
५	प्रवाह गरिने सेवाको सूची	
६	उपलब्ध उपकरणहरूको सूची	
७	मानव संसाधनको सूची	
८	NEQAS को पछिल्लो नतिजाको सूची (संचालन भइरहेको संस्थाको हकमा)	
९	कर्मचारी सँग गरिएको सम्झौताको प्रतिलिपी	
१०	प्राविधिक जनशक्तिको सर्टिफिकेटको प्रतिलिपी (सम्बन्धित काउन्सिलमा दर्ताको प्रमाण पत्र, * कार्यरत पदको आवश्यक योग्यताको प्रमाण पत्र,** नागरिकताको प्रमाण पत्र) - यी ३ कागजात बाहेक अरु कागजात आवश्यक नपर्ने।	

\* जुन पदमा संस्थामा कार्यरत हो, सोही पद अनुसार काउन्सिल दर्ता भएको हुनुपर्नेछ।

\*\* जुन पदमा संस्थामा कार्यरत हो, सो को लागि क्षमता खुल्ने कुनै एक मात्र प्रमाण पत्र (मार्कसिट, डिग्री अथवा ट्रान्सक्रिप्ट) भए पुग्छ।

निवेदन बुझ्नेको दस्तखत र नाम .....