



श्रीमान निर्देशक ज्यु  
राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला  
टेकु, काठमाडौं

**विषय : कोभिड-१९ निःशुल्क नमुना संकलन परीक्षण लागि स्वयंम घोषणा गरेको सम्बन्धमा**

महोदय

उपरोक्त विषयमा नेपाल सरकार मन्त्रीपरिषदको मिति २०७७/०६/१९ को निर्णय वमोजिम कोरोना भाइरस (कोभिड-१९) को संक्रमण उपचार वापत अस्पताललाई अनुदान उपलब्ध गराउने सम्बन्धी (दोस्रो संसोधन) आदेश २०७७ अनुसार निःशुल्क परीक्षण गरिने निम्न वर्गिकृत समुहमा परेको र कुनै बीमा कम्पनीबाट कोरोना बीमा समेत नभएको स्वयंम घोषणा गर्दछु । तसर्थ मलाई कोभिड-१९ को परीक्षणको व्यवस्था गराईदिन हुन अनुरोध गर्दछु ।

तपशिल

क्र.स.	समुह	चिन्ह (✓)	पेश गर्नुपर्ने प्रमाण	कैफियत
१	आर्थिक रूपले विपन्न नागरिक		विपन्न परिचयपत्र वा सिफारिस वा स्वयम घोषणा	
२	असहाय/असक्त नागरिक		असहाय वा असक्त सिफारिस वा स्वयम घोषणा	
३	एकल महिला नागरिक		एकल महिलाको प्रमाणपत्र वा स्वम घोषणा	
४	ऋणाङ्गता भएका नागरिक		अपाङ्गताको प्रमाणपत्र	
५	जेष्ठ नागरिक		नागरिकताको प्रमाणपत्र वा जेष्ठ नागरिक परिचय वा स्वम घोषणा	
६	अग्रपक्तिमा खटिएका स्वास्थ्यकर्मी / कर्मचारी		सम्बन्धित कार्यालयको परिचयपत्र वा सिफारिस	
७	सरसफाई कर्मचारी		सम्बन्धित कार्यालयको परिचयपत्र वा सिफारिस	
८	सुरक्षाकर्मी		सम्बन्धित कार्यालयको परिचयपत्र वा सिफारिस	

**घोषण गर्नेको**

नाम थर.....

हस्ताक्षर .....

उमेर .....

मोबाइल नं .....

कार्यरत संस्थाको नाम, ठेगाना र आधिकारीक छाप .....

स्थायी ठेगाना ..... जिल्ला..... न.पा. / गा.पा. .... वडा ।

अस्थायी ठेगाना ..... जिल्ला..... न.पा. / गा.पा. .... वडा ।



(संस्थागत रुपमा कोभिड-१९ को नमुना पठाउन परेमा)

श्रीमान निर्देशक ज्यु,  
राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला  
टेकु, काठमाडौं ।

विषय : कोभिड-१९ निःशुल्क परीक्षण सम्बन्धमा ।

महोदय,

प्रस्तुत विषयमा कोभिड-१९ को प्रयोगशाला परीक्षणका लागि कोरोना भाइरस(कोभिड-१९)को संक्रमण उपचार वापत अस्पताललाई अनुदान उपलब्ध गराउने सम्बन्धी (दोस्रो संसोधन) आदेश २०७७ अनुसार यस ..... बाट तपशिलमा उल्लेखित समुहमा समावेश भएकाले निःशुल्क कोभिड-१९ को पि.सि.आर. परीक्षण गरी दिनहुन अनुरोध छ । निजहरुको कुनै बीमा कम्पनीबाट कोरोना बीमा समेत नभएको जानकारी गराइन्छ ।

तपशिल:

क्र.स.	समुह	चिन्ह(✓)	संख्या	कैफियत
१	आर्थिक रुपले विपन्ननागरिक			
२	असाहय/असक्तनागरिक			
३	एकल महिला नागरिक			
४	अपाङ्गता भएक नागरिक			
५	जेष्ठ नागरिक			
६	अग्रपक्तिमा खटिएका स्वास्थ्यकर्मी /कर्मचारी			
७	सरसफाई कर्मचारी			
८	सुरक्षाकर्मी			
९	MOUबमोजिम पछि शुल्क तिर्ने नागरिक			

संस्थाको नाम तथा आधिकारीक छाप

सिफारिस गर्नेको नाम थर

पद

हस्ताक्षर

तपशिल:

क्र.सं.	नमुना संकलन गरिएको व्यक्तिको नाम थर	ठेगाना	वर्गिकृत समुह	कैफियत

नोट : यस पृष्ठमा नामावली नअटाएमा अर्को फाराममा नामावली संलग्न गर्नु हुन

