



क्षिresh्वरनाथ नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

महेन्द्रनगर, धनुषा (जिल्ला)
मधेश प्रदेश, नेपाल



पत्र संख्या २०८२।०८३
चलानी नं. १३५३

मिति २०८३।०१।२१

विषय :- जानकारी सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा स्थानिय तहमा स्वास्थ्य संस्था दर्ता, अनुमति तथा नविकरण सम्बन्धी निर्देशिका, २०८२ को अनुसुची ४ र ५ (नियम ५ को उपदफा (१) संग सम्बन्धीत) बमोजिम तपसिलमा उल्लेखित स्वास्थ्य संस्थाहरुको नियमानुसार दर्ता, अनुमति तथा नविकरण गर्न यस नगरपालिकाको मिति २०८३/०१/२१ गतेको निर्णय अनुसार यो सार्वजनिक सूचना जारी भएको मितिले २१ दिन भित्रमा देहाय बमोजिमको कागजात सहित निवेदन पेश गर्नु हुनु अनुरोध छ ।

तपसिल :-

१. स्वास्थ्य क्लिनिक, आयुर्वेद क्लिनिक, सोवारिग्पा (आम्ची) क्लिनिक, होमियोप्याथी क्लिनिक र यस्तै प्रकारका अन्य क्लिनिकहरु
२. फिजियोथेपी केन्द्र, पुर्नस्थापना केन्द्र (मनोसामाजिक), प्राक्रितिक उपचार केन्द्र, अकुपन्चर, अकुप्रेसर केन्द्र, युनानी उपचार केन्द्र, योग ध्यान तथा शारिरीक व्यायाम केन्द्र, परमपरागत सेवा क्लिनिकर यस्तै प्रकारका अन्य क्लिनिक तथा सेवा केन्द्रहरु,
३. जेरीयाट्रिक परामर्श केन्द्र,
४. "डि र ई" वर्गको प्रयोगशाला,
५. १५ शैया सम्मको अस्पतालहरु ।

नोट : साथै यस नगरपालिका भित्र सञ्चालन भएका औषधी पसलहरु दर्ता भए/नभएका सम्पूर्ण कागजात सहित यसै सूचना बमोजिम स्वास्थ्य शाखामा सम्पर्क गर्न हुन अनुरोध छ ।

बोधार्थ,

श्री वडा कार्यालय सवै, क्षिresh्वरनाथ नगरपालिका, धनुषा ।

श्री सूचना प्रविधि शाखा - वेइवसाइटमा अपलोड गरिदिनु हुन ।


नि. प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत

नि. प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत



क्षिresh्वरनाथ नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
महेन्द्रनगर, धनुषा (जिल्ला)
मधेश प्रदेश, नेपाल



संलग्न गर्नु पर्ने कागजातहरू

१. निवेदन फारम (स्वास्थ्य शाखामा उपलब्ध छ)
२. कम्पनी दर्ता/संस्था दर्ताको प्रमाणित प्रतिलिपी
३. संस्था/कम्पनीको विधान/प्रबन्ध पत्र, नियमावलीको प्रतिलिपी
४. स्थायी लेखा दर्ता प्रमाण-पत्रको प्रतिलिपी
५. स्थापना गर्न लागिएको ठाउँमा अस्पताल आवश्यक छ भन्ने सम्बन्धित वडाको सिफारिस पत्र
६. अस्पतालमा काम गर्ने जनशक्ति सम्बन्धिविवरण
 - क) संस्थापक र कर्मचारीको वायोडाटा
 - ख) शैक्षिक योग्यता, तालिमका प्रमाणित प्रतिलिपी
 - ग) प्राविधिक कर्मचारीहरूले सम्बन्धित काउन्सिलका दर्ता प्रमाण-पत्र प्रतिलिपी
 - घ) नागरिकता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी
 - ङ) जनशक्तिहरूको काम गर्ने समय (पार्ट टाइम, फुल टाइम किटान गर्नु पर्ने)
 - च) कर्मचारीको मञ्जुरीनामा/कबुलियतनामा
७. औजार उपकरणको विवरण र स्रोत
८. सम्पूर्ण सेवा शुल्को विवरण
९. भौतिक सामग्रीहरूको विवरण
१०. अस्पतालको विस्तृत सर्वेक्षण सहितको प्रस्ताव
११. अस्पतालको आर्थिक नियमावली.
१२. अस्पतालले लिने सेवा शुल्क विवरण र गरीव तथा असाहयलाई छुट दिने निति
१३. प्रदान गरिने सेवाको विवरण
१४. जग्गा/घरको स्वामित्व
१५. घर/कोठा बहालमा लिई सञ्चालन गर्ने भए घर बहाल सम्भौता-पत्र
१६. भवनको स्वीकृति नक्सा तथा अभिलेखिकरण भएको प्रमाण पत्र
१७. संस्थाका चल अचल सम्पति विवरण तथा वितीय स्रोत
१८. PAN दर्ता नम्बर र प्रमाण पत्र
१९. संस्थाका कार्य योजना (Scheme)
२०. कर चुक्ताप्रमाणपत्र (लागु हुने अवस्थामा मात्रै)
२१. लेखा परिक्षणप्रतिवेदन (लागु हुने अवस्थामा मात्रै)
२२. विरामी वडा पत्रको नमुना
२३. विस्तृत कार्य विधि
२४. अन्य कुनै प्रमाण भए.....

[Handwritten Signature]
नि. धनुषा नगरपालिका अधिकृत



क्षिरेश्वरनाथ नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
महेन्द्रनगर, धनुषा
मधेश प्रदेश, नेपाल



पत्र संख्या २०८२१०८३
चलानी नं. १३५५

मिति २०८३/०१/२१

सार्वजनिक सूचना

प्रस्तुत विषयमा यस नगरपालिकाबाट स्वीकृत घर-घरमा आधारित स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी मापदण्ड तथा कार्यविधि २०८२ को परिच्छेद २ को दफा ४ अनुसार घर-घरमा स्वास्थ्यकर्मी गई जेष्ठ नागरिक, आपाड, तथा दीर्घ रोगबाट ग्रसित भई रहेका विरामीहरूलाई स्थानिय सरकारको मातहतमा रहेका स्वास्थ्य सेवा नागरिकको मौलिक हकलाई साकार गर्न नगरभरीका नागरिकहरूलाई घरमै गएर सेवा प्रदान गर्नको लागि केही स्वास्थ्यकर्मी आवश्यक रहेको हुनाले तपसिल अनुसारको आधारमा हुने गरी सार्वजनिक सूचना प्रकाशित गरिएकोले ईच्छुक संस्था, स्वास्थ्यकर्मी तथा स्थायी स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई अनुसुची-६ अनुसारको निवेदन ७ दिन भित्र पेश गर्न हुन सूचित गरिन्छ।

तपसिल

- उमेर १८ वर्ष पुरा गरी ४५ वर्ष ननाघेको हुनुपर्ने।
- हेल्थ असिस्टेण्ट/अ.हे.व. कोर्ष उतिर्ण गरी शैक्षिक योग्यता सहित सम्बन्धित परिषद् मा दर्ता भई नविकरण भएको हुनुपर्ने।
- दिईएको जिम्मेवारी, चेक जाँच तथा प्रतिवेदन समयमा पुरा गर्न सक्ने।
- अनुसुची ६ अनुसारको निवेदन संगै हस्तलिखित प्रतिवद्धता पत्र।
- संस्थाको हकमा संस्था दर्ता, नविकरण, कर चुक्ताको साथै खट्ने कर्मचारीको विवरण सहित शैक्षिक योग्यताको प्रमाण पत्र।
- सेवा सुविधा: आपसी समझदारी अनुसार हुनेछ।
- म्याद सकि आएको निवेदन उपर कारवाही गरिने छैन।

विस्तृत जानकारीको लागि

शिव कुमार नायक (स्वास्थ्य शाखा उप-प्रमुख)

९८५४०२९००५

नि. प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
नि. प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत