

नेपाल सरकार  
संस्कृति, पर्यटन तथा नागरिक उड्डयन मन्त्रालय  
श्री बौद्धनाथ क्षेत्र विकास समिति  
का.म.पा.६, बौद्ध  
ज्येष्ठ नागरिक/विपन्न दीर्घरोगीको विवरण



<b>क)व्यक्तिगत विवरण</b>				
विरामीको नाम,थर:		जन्म मिति:	उमेर:	लिंग: पुरुष / महिला
नगरिकता नं.:		जारी गर्ने जिल्ला:	जारी मिति:	
स्थायी ठेगाना	जिल्ला:काठमाडौं	काठमाण्डौं महानगरपालिका	वडा नं.६	
	टोल:	मार्ग:	सम्पर्क नं.:	
बाबुको नाम,थर			जन्म मिति:	
बाजेको नाम,थर			हालको उमेर:	
वैवाहिक अवस्था	विवाहित	अविवाहित	परिवारको संख्या:	
<b>ख) रोगको किसिम</b>				
क्र.सं.	रोगको किसिम		रोग लागेको समय	कैफियत
१				
२				
३				
<b>औषधी खाइआएको मिति :</b>				
<b>ग) औषधिको विवरण</b>				
क्र.सं.	औषधिको नाम		कैफियत	
१				
२				
३				
४				
श्री बौद्धनाथ क्षेत्र विकास समितिको बारेमा के थाहाँ छ ?				
<b>घ) पारिवारिक विवरण</b>				
क्र.सं.	नाता	नाम,थर	सम्पर्क नं.	कैफियत
१	श्रीमान/श्रीमती			
२	बाबु/आमा			
३	दाजु/भाई			
४	हजुरबुबा/हजुरआमा			
५	दिदी/बहिनी			
६	छोरा			
७	छोरी			
८	बुहारी			
९	ससुरा			

मिति:

आवेदकको हस्ताक्षर: