

श्रीमान अध्यक्ष ज्यू

मिति : २०७३.....।.....।.....

म्याग्दे गाउँपालिका तनहुँ

विषय : मातृ तथा नवशिशु स्याहार मोडल कार्यक्रममा सहभागी हुन पाउँ ।

महोदय

प्रस्तुत विषयमा म्याग्दे गाउँपालिकाको क्षेत्र भित्र मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य र पोषण प्रवर्द्धन एवं व्यवस्थापन गर्न, स्वास्थ्य क्षेत्र सुदृढ गर्न तथा सुरक्षित प्रसूति तथा कुपोषणमुक्त बालवालीका विकाश गर्न र मातृमृत्युदर घटाउन, म्याग्दे गाउँपालिका भित्र वसोवास गर्ने गर्भवती महीलालाई पोषण सहित सुरक्षित प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने उद्देश्यले मातृ तथा नवशिशु स्याहार मोडल कार्यक्रम लागु भएको र “मातृ तथा नवशिशु स्याहार मोडल कार्यक्रम सञ्चालन सम्बन्धी कार्यविधि २०७७” बमोजिमको लक्षित वर्गमा म पर्ने हुँदा सो कार्यक्रम अन्तर्गत थर्पु आधारभुत अस्पताल/जामुने कोभिड १९ अस्थाई अस्पताल मा वसी सेवा लिन, म गरीब, विपन्न, दलीत, असहाय, बेसाहारा, न्युन आय रोजगार विहिन, एकल अशक्त अपाङ्ग प्रकृतिको पारीवारीक अवस्थामा भएको हुँदा यो कार्यक्रममा सहभागी भई सेवा लिन पाउँ भनि विनम्र अनुरोध छ ।

निवेदक

गर्भवतिको नाम :

ठेगाना :

अन्तिम महिनावारी भएको मिति :

अनुमानित सुत्केरी हुने मिति:

निवेदकको हस्ताक्षर :

रोहवर/साक्षि

वस्नेको नाम:

ठेगाना :

गर्भवती/सुत्केरी महिला संगको नाता:

रोहवर/साक्षिको हस्ताक्षर :

संलग्न कागजातहरू :

नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

गर्भवती जाँच (ए.एन.सि.) कार्ड

सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफरिस