



नेपाल सरकार

संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय

(स्थानीय तह समन्वय शाखा)

प सं: ०६६/६६
च नं: ४२६

सिंहदरवार, काठमाडौं।

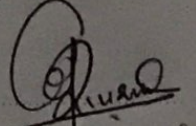
फोन नं: ०१-४२००५११

मिति: २०७७।२।१३

श्री गाउँपालिका, (सबै)
श्री नगरपालिका, (सबै)

विषय: खोप तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्ने सम्बन्धमा।

प्रस्तुत विषयमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको च.न.२२७, मिति २०७७।२।०८ को खोप तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्ने सम्बन्धी पत्र तथा विवरण फारम संलग्न छ। थप व्यहोरा संलग्न पत्रवाटै गर्नु भई खोप तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी रूपमा सञ्चालन गर्न तथा माग भएको विवरण jgautamdr@gmail.com पठाउने कार्यमा आवश्यक सहयोग गर्नुहुन आदेशानुसार अनुरोध छ।


जनकराज शर्मा
शाखा अधिकृत

बोधार्थ:

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, रामशाहपथ, काठमाडौं
श्री सूचना तथा प्रविधि शाखा : पत्र वेबसाइटमा अपलोड गरिदिनु हुन ।



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य समन्वय महाशाखा

पत्र संख्या:- (१) २०७६।७७

च.न *ddp*

२२३५८०
२६२६९६
२६९७३६
२६२८०२
२६२९८७
२६२४६८
२६२५४३

रामशाहपथ
काठमाडौं, नेपाल

मिति: २०७७/२/८

श्री संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय
सिंहदरवार, काठमाडौं

विषय: आवश्यक समन्वय गरिदिने वारे ।

प्रस्तुत विषयमा खोप तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई प्रभावकारी रूपले संचालन गर्नको लागि स्थानीय तहमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरू(स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक अस्पतालमा) कार्यरत कर्मचारीहरू मध्येबाट खोप सेवा संचालनको लागि २ जना स्वास्थ्यकर्मीहरू र महानगरपालिका/उपमहानगरपालिका/नगरपालिका/ गाउँपालिकाका स्वास्थ्य महाशाखा/शाखाबाट १ जना बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम फोकल पर्सन १ जनालाई जिम्मेवारी तोकिएको संलग्न फारम अनुसारको विवरण स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार कल्याण महाशाखामा इमेल मार्फत jgautamdr@gmail.com उपलब्ध गराउनको लागि आवश्यक समन्वय गरिदिनुहुन यस मन्त्रालय(सचिवस्तर)को मिति २०७७/१/२२ को निर्णय अनुसार अनुरोध छ।

Bhim Prasad Sapkota

भीमप्रसाद सापकोटा
वरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक

खोप कार्यक्रम संचालन गर्ने स्वास्थ्यकर्मी तथा बाल स्वास्थ्य एवं खोप कार्यक्रमको सम्पर्क व्यक्ति(फोकल पर्सन) को विवरण (नमुना)

प्रदेश:

जिल्लाका नाम:

पालिकाको नाम :

वडा नं.	खोप संचालन गर्ने स्वास्थ्य संस्था (स्वास्थ्य चौकी, प्रा. स्वा. के., प्राथमिक अस्पताल)	खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीको नाम र सम्पर्क नं.				पालिकामा बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमको फोकल पर्सन र सम्पर्क नं.
		नाम	मो.नं.	नाम	मो.नं.	
१						
२						
३						
४						
५						
६						
७						
८						
९						
१०						
११						
१२						
१३						
१४						
१५						
१६						
१७						
१८						
१९						
२०						

नोट : खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीहरु एकै स्वास्थ्य संस्था वाट एउटा वडा भन्दा अन्य वडामा समेत निजहरु वाटनै खोप संचालन गर्ने गरेको भए सोहि अनुसार वडाको महलमा उल्लेख गर्ने तर फरक व्यक्ति र संस्थाहरु वाट खोप संचालन हुने भए सोहि अनुसार उल्लेख गर्ने ।

तयार गर्ने



निर्देशक

प्रमाणित गर्ने