



.....पालिका  
वडा नं. .... को कार्यालय  
.....(कार्यालय रहेको स्थान) ..... (जिल्ला)  
..... प्रदेश, नेपाल

विषय: स्वास्थ्य उपचार सिफारिस ।(१०)

श्री..... अस्पताल /स्वास्थ्य संस्था,  
.....।

..... गाउँ/नगरपालिका वडा नं. ....को .....मा बस्ने श्री .....  
मिति .....देखि ..... रोगका कारण ..... मा उपचाररत  
भएकोले निजलाई निशुल्क/नियमानुसार छुट सहित स्वास्थ्य उपचार गरिदिनुहुन स्थानीय सरकार  
सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा १२(२)ड(१०) बमोजिम सिफारिस गरिन्छ ।

हस्ताक्षर.....  
(वडा अध्यक्ष)