

श्री

मिति:-२०७.....।.....।.....

श्रीमान वडा अध्यक्ष ज्यू,
..... नं वडा कार्यालय
बुलिडटार गापा नवलपरासी पूर्व ।

विषय:- उपचारको लागि सिफारिस गरिपाउँ ।

उपरोक्त सम्बन्धमा यस गण्डकी प्रदेश नवलपरासी जिल्ला बुलिडटार गाउँपालिका वडा नं
.....वस्ने.....को नाति/नातिनी.....को
छोरा/छोरी नागरिकता प्रमाणपत्र नंको.....लाई
.....मा समस्या आएकोलेहस्पिटलमा उपचारको लागि
थप रकम आवश्यक पर्ने भएको हुदाँ मेरो परिवारको आर्थिक अवस्था अत्यान्तै नाजुक/कमजोर
भएको हुदाँ गरिव विपन्न वर्गका निमित्त हुने सर्वसुलभ उपचारका लागि सिफारिस गरिदिनुहुन
अनुरोध गरिन्छ ।

संलग्न कागजात

१.नेपाली नागरिकता प्रमाणपत्रको छाँयाप्रति

२. अन्य.....

निवेदक/निवेदकको.....

नामथर:.....

ठेगाना:.....

हस्ताक्षर:.....

फोन नं.....