



[Handwritten signature]

देवचुली नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

दिर्घ रोगि विवरण

वार्ड नं

क्र.सं.	बिरामीको नाम	लिङ्ग	उमेर	रोगको नाम	कैफियत

प्रमाणित गर्ने