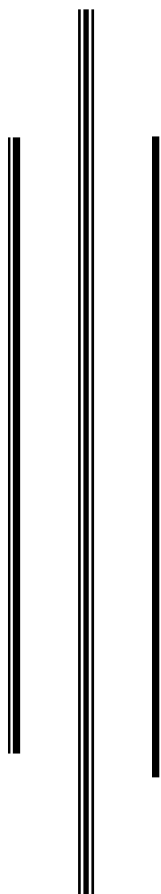


# अध्ययन/निरिक्षण प्रतिवेदन फाराम

(प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद् कार्यालयबाट डिप्लोमा/प्रमाण पत्र तह कार्यक्रमको आवेदन/प्रस्तावना स्विकृत भएका संस्थाहरुको लागि)



प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालिम परिषद्  
स्तर निर्धारण महाशाखा  
सानोठिमी भक्तपुर ।

Proficiency Diploma Level Program को

अध्ययन प्रतिवेदन फाराम

निरीक्षण मिति:

१. प्रस्तावित संस्थाको नाम:

स्थान:

जिल्ला:

अंचल:

गा.वि.स. / न.पा.:

वा.न.:

टोल:

२. प्रस्तावित गरिएको बिषय:

कार्यक्रम:

अवधी:

३. प्रस्तावना:

बिबरण	प्रस्तावनामा उल्लेख भए अनुसार छ/छैन
● संस्थाको उद्देश्य/दिर्घकालिन लक्ष्य:	
● संस्थाको संगठन तालीका:	
● संस्थाको आर्थिक स्थायीत्व	
● पूंजी/लगानी	
● संस्थाको स्वरुप/दर्ता	







९. जग्गाको बिबरण:

क्र.स.	जग्गा धनीको नाम	ठेगाना	कि.न./क्षे.फ.	कैफियत

लिजमा लिएको भए कति वर्षको लागि हो खुलाउने:

१०. प्रस्तावित संस्थाका खेलकुद सुविधा

- मैदानको सुविधा
- खेलकुद सामग्री
- अन्य

११. प्रस्तावित संस्थाको सवारी साधन तथा पार्किङको सुविधा

१२. घरको बिबरण:

(प्रस्तावित कार्यक्रम संचालन गर्ने भवन कम्पाउण्ड सहितको हुनु पर्नेछ)

संस्थाको नाम:

घरधनीको नाम:

क्र.स.	कोठा संख्या	कोठाको प्रयोजन	कोठाको साइज	कैफियत
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

भाडामा लिएको भए, कति वर्षको सम्झौता भएको हो खुलाउने

१३. **Clinical** अभ्यासको लागि प्रयोग गरिने अस्पतालको विवरण (प्रमाणपत्र तह स्तरको स्वास्थ्य सम्बन्धि विषयहरुको लागि मात्र)

१. अस्पतालको नाम :
२. किसिम : साधारण/विशेष
३. स्विकृत वेड संख्या :  
(स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट)
४. सञ्चालनमा रहेको वेड संख्या :
५. विरामीको चाप (अकुपेन्सी)  
(अवधि खुलाउनु हुन)
६. अस्पतालमा उपलब्ध सेवाहरु :

(क) अन्तरङ्ग तर्फ :

(ख) बहिरङ्ग तर्फ :

(ग) प्रयोगशाला :

७. अस्पतालमा कार्यरत जनशक्तिको विवरण :

क) विशेषज्ञ/चिकित्सक :

ख) नर्सिङ्ग तर्फ :

ग) स्वास्थ्यकर्मी/व्यवसायी :

घ) अन्य :

१४. स्थलगत निरीक्षण कार्यदलको सिफारिस



कार्यदलका सदस्यहरु:

१. नाम:

पद:

संस्था:

हस्ताक्षर:

मिति:

२. नाम:

पद:

संस्था:

हस्ताक्षर

मिति:

३. नाम:

पद:

संस्था:

हस्ताक्षर:

मिति:

४. नाम:

पद:

संस्था:

हस्ताक्षर

मिति: