पूर्वाधार निरिक्षण फाराम

(प्रा.शि.तथा व्या.ता.परिषद् कार्यालयबाट डिप्लोमा/प्रमाणपत्र स्तरको कार्यक्रमको पूर्वाधार तयारीको पत्र प्राप्त गरी पूर्वाधार तयारी गरी सकेका संस्थाहरुको लागि)

प्राविधिक शिक्षा तथा व्यावसायिक तालीम परिषद्

स्तर निर्धारण महाशाखा

सानोठिमी भक्तपुर ।

नोट *:- यस भित्र उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरु तोकिएको ठाउँमा उल्लेख गरी भर्नु पर्नेछ ।*

पूर्वाधार निरिक्षण फाराम

(पूर्वाधार तयारीको पत्र प्राप्त गरी पूर्वाधार तयारीको विवरण पेश गर्ने संस्थाहरुको लागि)

१. *प्रस्तावित/संस्थाको नाम :* _____

ठेगाना : क) *जिल्ला :*_____ ख) *न.पा./गा.वि.स. :*_____

ग) *वडा नं. :*_____ घ) *टोल/गाउँ/शहर :*_____

ङ) *टेलिफोन/फ्याक्स/ईमेल :*_____

पत्राचार गर्ने ठेगाना : _____

२. *कार्यक्रमको नाम :*_____

अवधी : _____

३. *प्रिन्सिपल/कार्यक्रम प्रमुखको नाम :*_____

४. *संस्था दर्ता भएको कार्यालयको नाम :*_____

५. *चालु शैक्षिक बर्षको स्विकृत बजेट रकम :* _____
(सञ्चालक/व्यवस्थापन समितिको निर्णय)

*क) कूल खर्च :*_____

*ख) कूल आम्दानी :*_____

*ग) प्रति प्रशिक्षार्थी शुल्क (कार्यक्रम अवधिभर) :*_____

६. *संस्थामा कार्य गर्न नियुक्ति भैसकेका प्रशिक्षक तथा कर्मचारीहरुको विवरण :*

(क) प्रशिक्षक :

क्र.सं.	नाम, थर	पद	योग्यता	तालीम र अनुभव	शैक्षिक योग्यताको प्रमाणपत्र	पूर्णकालीन /आंशीक	नियुक्ति पत्र	अन्य संस्थामा कार्यरत भए सहमती/स्वीकृती पत्र	कैफियत

फर्ममा उल्लेखित विवरणहरुको प्रमाण यसै प्रतिवेदनसंग संलग्न गर्नु पर्नेछ ।

(ख) कर्मचारीहरु :

क्र.सं.	कर्मचारीको नाम	पद	योग्यता/तालीम	नियुक्ति पत्र	कैफियत

७. व्यवस्थापन/सञ्चालक समितिको विवरण :

क्र.सं.	नाम , थर	ठेगाना	पद	योग्यता/तालीम	कैफियत

नोट *: स्थलगत निरिक्षणको समयमा उल्लेखित विवरणमा फरक भएमा नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी समेत राखी फरक हुनाको कारण प्रतिवेदन/कैफियतमा उल्लेख गर्ने ।*

८. भौतिक पूर्वाधारहरुको विवरण :

(क) जग्गाको क्षेत्रफल/कम्पाउण्ड समेत :

(ख) घर भाडामा लिएको भए :

(ख) घरधनीको नाम :

(खा) घरधनीसंग भएको सम्झौता पत्र :

(खि) सम्झौता अवधि :

(ग) कक्षा, कार्यशाला, ल्याव, होस्टल, कार्यालय, गोदाम आदि प्रयोजनको लागि संस्थाले प्रयोग गर्ने घरको कोठाको विवरण :

सि.नं	घरको नाम र तलाको विवरण	लम्वाई (फिटमा)	चौडाई (फिटमा)	उद्देश्य, के को लागि प्रयोग गर्ने ?	कोठामा भएको सुविधा (बत्ति,पंखाआदि)	कैफियत

(घ) फर्निचरहरुको विवरण :

क्र.सं.	फर्निचरको विवरण	संख्या	कहाँ प्रयोग गर्ने ?	कैफियत

(ङ) कार्यालय तथा कक्षा कोठामा प्रयोग हुने मेसिन उपकरणहरुको विवरण
(कम्प्युटर, फ्याक्स, प्रोजेक्टर आदि) :

क्र.सं.	नाम तथा विवरण	संख्या	कहाँ प्रयोग गर्ने ?	कैफियत

नोट *: सम्पूर्ण सामाग्रीहरु संस्थाको जिन्सी खातामा आम्दानी बाँधेको हुनु पर्दछ ।*

(च) पूर्वाधार निर्देशिकामा उल्लेख भए बमोजिम प्रशिक्षण कार्यक्रम सञ्चालन गर्न आवश्यक सम्पूर्ण (ल्याव, कार्यशाला, कक्षा, प्रर्दशन कक्ष) सामाग्रीहरुको विवरण :

सि.नं	विवरण/नाम	पूर्वाधार निर्देशिकामा उल्लेखित		संस्थामा भएको		कहाँ प्रयोग गर्ने	अवस्था	कैफियत
		संख्या	एकाई	संख्या	एकाई			
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								

सि.नं	विवरण/नाम	पूर्वाधार निर्देशिकामा उल्लेखित		संस्थामा भएको		कहाँ प्रयोग गर्ने ?	अवस्था	कैफियत
		संख्या	एकाई	संख्या	एकाई			

नोट :

- *यो विवरण फाराममा नपूग भएमा थप गरी लेख्नु हुन ।*
- *सम्पूर्ण सामाग्रीहरु संस्थाको जिन्सी खातामा आम्दानी बाँधेको हुनु पर्दछ ।*
- *पाठ्यक्रम र पूर्वाधार निर्देशिकाको सहयोग लिनु हुन ।*

(छ) पुस्तकालयको विवरण :

सि.नं.	पुस्तकको नाम	संख्या	कैफियत

सि.नं.	पुस्तकको नाम	संख्या	कैफियत

नोट :

- *यो फारामले नपूरा भएमा थप गरी लेख्नु हुन ।*
- *सम्पूर्ण पुस्तकहरु संस्थाको जिन्सी खातामा आम्दानी बाँधेको हुनु पर्नेछ ।*

(ज) **आफ्नै स्वामित्वमा भौतिक पूर्वाधार निर्माण गर्नको लागि प्रस्तावित जग्गाको विवरण :**

जग्गा धनीको नाम :- ठेगाना :-

जग्गा भएको गा.वि.स./न.पा. :- वडा नं. :-

कित्ता नं. :- जम्मा क्षेत्रफल :-

जग्गा भाडामा लिएको भए सम्झौता पत्र र सम्झौता अवधि :-

९. **प्रयोगात्मक अभ्यास तथा कार्यगत तालीममा प्रशिक्षार्थीहरुलाई राख्न सहमति तथा सम्झौता गरेका संस्थाहरुको सूची :**

सि.नं.	संस्थाको नाम	ठेगाना	कैफियत

९.१ Clinical अभ्यासको लागि प्रयोग गरिने अस्पतालको विवरण *(प्रमाणपत्र तह स्तरको स्वास्थ्य सम्वन्धि 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 उपलव्ध सेवाहरु :**

(क) अन्तरङ्ग तर्फ :

(ख) वहिरङ्ग तर्फ :

(ग) प्रयोगशाला :

७. अस्पतालमा कार्यरत जनशक्तिको विवरण :

क) विशेषज्ञ/चिकित्सक :

ख) नर्सिङ्ग तर्फ :

ग) स्वास्थ्यकर्मी/व्यवसायी :

घ) अन्य :

१०. यातायात, विद्युत, सञ्चार, खानेपानी सम्वन्धि व्यवस्था :
(सवारी साधन भएमा सवारी नम्वर सहित खुलाउने)

११. प्रशिक्षार्थीहरुबाट प्रशिक्षण अवधिभर लिइने विभिन्न शुल्कहरुको विवरण :
(प्रा.शि.तथा व्या.ता.परिषदमा बुझाउने शुल्क बाहेक)

१२. माथी उल्लेखित बुँदाहरुमा उल्लेख हुन नसकेको संस्थाको विशेष क्षमता तथा पूर्वाधारहरु
(भएमा मात्र उल्लेख गर्ने) :

क) खेलकुद मैदान/सामाग्रीहरु :

ख) मनोरन्जनको सुविधा/कार्यक्रमहरु :

ग) अन्य कार्यक्रमहरु :

१३. पूर्वाधार निरिक्षण कार्यदलको टिप्पणी :-

१४. माथी उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरु पूर्वाधार निरिक्षणको आधारमा ठिक साँचो हो भनि हामी तल उल्लेखित पदाधिकारीहरुले सहिछाप गरेका छौं ।

१) *नाम :*
पद :
संस्थाको नाम :
हस्ताक्षर :
मिति :

२) *नाम :*
पद :
संस्थाको नाम :
हस्ताक्षर :
मिति :

३) *नाम :*
पद :
संस्थाको नाम :
हस्ताक्षर :
मिति :

४) *नाम :*
पद :
संस्थाको नाम :
हस्ताक्षर :
मिति :

नोट : प्रमाणको लागि आवश्यक कागजातहरु यसै फाराम साथ संलग्न गरि पञ्जिका समेत बनाई पेश गर्ने ।