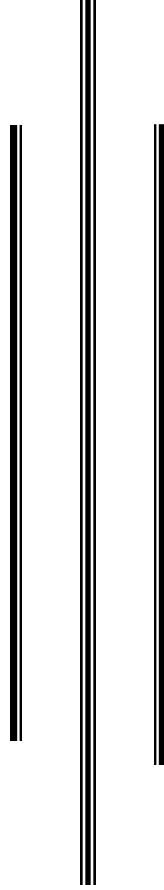


# पूर्वाधार निरिक्षण फाराम

(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 : \_\_\_\_\_

                 इ) टेलिफोन/फ्याक्स/ईमेल : \_\_\_\_\_

पत्राचार गर्ने ठेगाना : \_\_\_\_\_

२. कार्यक्रमको नाम : \_\_\_\_\_

अवधि : \_\_\_\_\_

३. प्रिन्सिपल/कार्यक्रम प्रमुखको नाम : \_\_\_\_\_

४. संस्था दर्ता भएको कार्यालयको नाम : \_\_\_\_\_

५. चालु शैक्षिक वर्षको 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 ।



(घ) फर्निचरहरूको विवरण :

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

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

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

नोट : सम्पूर्ण सामग्रीहरू संस्थाको जिन्सी खातामा आम्दानी बाँधेको हुनु पर्दछ ।



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 सामग्रीहरु संस्थाको जिन्सी खातामा आम्दानी बाँधेको हुनु पर्दछ ।
  - पाठ्यक्रम र पूर्वाधार निर्देशिकाको सहयोग लिनु हुन ।









९.१ 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 :

१०. यातायात, विद्युत, सञ्चार, खानेपानी सम्बन्धि व्यवस्था :  
(सवारी साधन भएमा सवारी नम्बर 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 ।