**निवेदन**

श्री स्वास्थ्य तालिम केन्द्र,

बुटवल, नेपाल।

विषय:- **प्रमाण पत्र उपलब्ध गरिदिनु हुन ।** (व्याच नं………………)

निम्नलिखित विवरण सहित मुख्य प्रशिक्षक …………………………………… को नेतृत्वमा संचालित ………………………………………. तालिममा संलग्न योग्य…………………………. जना सहभागीको तालिम रजिष्ट्रेसन फारम साथ संक्षिप्त प्रतिवेदन भरी पठाईएको छ । निजहरुलाई तालिम प्रमाणपत्र उपलब्ध गराई दिनु हुन सिफारिस साथ अनुरोध छ । तालिमको विस्तृत प्रतिवेदन पछि पेश गरिने छ ।

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**प्रमाणपत्रका लागि संक्षिप्त प्रतिवेदन फारम**

1. तालिमको नाम:…………………………………………………...……………………………………..…. २. तालिम सचालन मिति: २०… …/… ../….. देखि २०……./… …../……..
2. तालिम संचालन गर्ने संस्थाको नाम र ठेगना:………………………….……………………………………... ४. तालिम साईटको नाम: …………………………………………………………………………………………….
3. बजेट/स्रोत:……………………………………………………………… ६. कार्यक्रम संयोजकको नाम र ठेगना:…………………………………………………………………………..
4. श्रेस्ता राख्ने जिम्मेवार व्यक्तिको नाम र मोबाइल नम्बर:……………………………………………………. ८. पूर्व तयारि बैठक मिति:………………………………………………………..
5. मुख्य प्रशिक्षक/प्रशिक्षक/सह-प्रशिक्षक/कोच/ श्रोत व्यक्तिको विवरण: **Please Clearly write your information in English (BOLD)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **S.N.** | **Name** | **PID Number** | **Designation** | **Working Place Name** | **Mobile Number** |
|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. सहभागिको विवरण: **Please Clearly write your information in English (BOLD)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **S.N.** | **Name** | **PID Number** | **Designation** | **Working Place Name** | **Mobile Number** | **Citizenship No.** |
| **Council Number** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |