नेपाल सरकार

सङ्घीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय

स्थानीय तह समन्वय शाखा
सिंहदरबार, काठमाण्डौ

प.स. : ०७७।७८
च.न. : ५०८

मितिः २०७८।०२।२१

विषय : कोभिड १९ खोप सम्बन्धी पूर्व दर्ताको स्वैच्छिक फाराम सम्बन्धमा ।

दर्ता नं. ६९८०
दर्ता मिति २०७८।०२।२३

श्री स्थानीय तह
सबै (७५३)

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मिति २०७८।२।१९ च.न. ३८७ को पत्रबाट कोभिड १९ खोप सम्बन्धी पूर्व दर्ताको स्वैच्छिक फाराम प्रविष्टिको लागि स्थानीय तहमा पत्राचारको लागि अनुरोध भई आएको छ । पत्रबाट विस्तृत व्यहोरा अवगत गर्नुभई तोकिएको फाराम प्रविष्टि गर्ने कार्यमा आवश्यक व्यवस्था मिलाउनु हुन आदेशानुसार अनुरोध छ।

०७८।२।२१
....
डिलाराम पन्थी
उपसचिव

<u>बोधार्थः</u>
श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, रामशाहपथ
श्री सूचना तथा प्रविधि शाखाः वेवसाइटमा राखिदिनु हनु ।

श्रीमान् नगर प्रमुखज्यू,

COVID-19 विरुद्धको खोप नागरिकहरुका लागि अति आवश्यक देखिन्छ। यस पत्रलाई/सूचनालाई सबै वडाहरुमा, स्वास्थ्य केन्द्रहरुमा, विद्यालयहरुमा प्रचार प्रसारका लागि पठाउने काम स्वास्थ्य तथा सरसफाई शाखाबाट हुने गरी हुन निर्णयार्थ पेश गर्दछु। साथै सूचनालाई कार्यालयको सूचना पाटी, webpage, facebook page समेतमा upload गरी प्रचार प्रसार गर्न उपयुक्त देखी पेश गर्दछु।

२०७८।२।२३
प्र.प्र.अ.

सदर
०७८।२।२२

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य समन्वय महाशाखा

४- २२३५८०
२६२६९६
२६१७३६
२६२८०२
२६२९८७
२६२४६८
२६२५४३

पत्र संख्याः- (१) २०७७।७८
च.न ३८७ (PCS)

रामशाहपथ
काठमाडौं,नेपाल

मितिः २०७८/०२/१९ गते

श्री संघिय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय,
सिहंदरबार, काठमाण्डौ।

विषयः आवश्यक समन्वय गरिदिने सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा बाल स्वास्थ्य महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभागको मिति (२०७८/०२/१३) गतेको पत्रबाट अनुरोध भए वमोजिम कोभिड-१९ खोप सम्बन्धी पूर्व दर्ताको स्वैछिक फाराम सबै स्थानीय तहबाट प्रविष्टी गर्नुपर्ने भएको हुँदा यसै पत्र साथ संलग्न ढाचा सहित ७५३ वटै स्थानीय तहहरुलाई पत्राचार गरिदिनुहुन निर्देशानुसार अनुरोध छ। साथै बाल स्वास्थ्य महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभाग, टेकुबाट प्राप्त पत्र समेत यसैसाथ संलग्न रहेको व्यहोरा समेत अनुरोध छ।

२०७८।२।१९
भीमप्रसाद सापकोटा
वरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक

बोधार्थ
श्री प्रधानमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय, सिंहदरबार, काठमाडौं ।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
बाल स्वास्थ्य महाशाखा

निर्देशक : ४२६१६६०
खोप शाखा : ४२६२२६३ (Fax)
IMCI शाखा : ४२१९२१८
पोषण शाखा : ४२२५५५८
email:chd@mohp.gov.np
टेकु, काठमाडौं, नपाल ।

प.सं. २०७७/०७८ च.नं. १९५८

मिति: २०७८।०२।१३

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,
रामशाहपथ काथमाडौ ।

विषय : पत्राचार सम्वन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा यस महाशाखाको च.नं. १०८६ मिति २०७८।०१।३० को पत्रानुसार पुर्व दर्ता (Pre Registration) को लागि स्वास्थ्य निर्देशनालय सातै प्रदेश , ७७ वटै स्वास्थ्य कार्यालयहरुमा पत्र तथा Format पठाई सकिएको छ , सोही अनुसार पुर्व दर्ता (Pre Registration) को कार्य, पालकिाहरुमा तपशिलमा उल्लेख भए बमोजिम गर्नु पर्ने भएकाले सवै पालकिाहरुमा पत्राचार गर्न तहां मन्त्रालय मार्फत संघिय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालयमा पत्राचार गरि दिनु हुन अनुरोध छ ,साथै उक्त Format समेत संलग्न गरि पठाईएको व्यहोरा अनुरोध छ ।

....
डा.तारानाथ पोखेल
निर्देशक
परिवार कल्याण महाशाखा

निर्देशक

तपशिल:
१.यो स्वैच्छिक फाराम १८ वर्ष वा सो भन्दा भन्दा वढी उमेरका व्यक्तिहरुले प्राथमिकता र खोपको उपलब्धताको आधारमा खोप लगाउन पाउने छन् ।
२.यो स्वैच्छिक व्यक्तिगत आवेदन फारम हो ।
३.यो फारम हाल खोप नलगाएका १८ वर्ष वा सो भन्दा भन्दा वढी उमेरका व्यक्तिहरुलाई भर्न आव्हान गरिएको छ ।
४.यो फारम भर्ने वित्तिकै खोप लगाउने सुनिश्चितता जनाउदैन ।
५.यो कार्यको लागि www.vaccine.mohp.gov.np मा लग ईन गरि आफ्नो विवरण अत्तयावधिक गराउने र दर्ता नं. अथवा कार्ड प्रिन्ट गर्न सकिने छ ।
६.Net access नभएका स्वास्थ्य संस्था वा वडाहरुमा रजिस्टर राख्न लगाई संलग्न फारम वमोजिमको विवरण पहिलेनै दर्ता गराउने र पालिकामा ल्याई अनलाईन प्रविष्ट गर्ने व्यवस्था मिलाउने ।
७. अभियानको समयमा सवै खोप केन्द्रहरुमा Net access नहुने भएकोले अनिवार्य रुपमा खोप रजिस्टर राख्न लगाई दर्ता गर्ने र पछि संस्था वा पालिकामा ल्याई अनलाईन प्रविष्ट गर्ने व्यवस्था मिलाउने ।
८.यसरी अनलाईन दर्ता गर्नेहरुको हकमा अभियानको वेला प्राथमिकतामा राखी छुट्टै लाईनको व्यवस्था गरि खोप लगाई दिने ।
९.अनलाईनमा दर्ता नभएकाहरुलाई खोपबाट वञ्चित गर्न पाईने छैन ।

SN	Registration Type	First Name	Middle Name	Last Name	Ethinicity	Gender	Date of	Age	Province	District	Municipaltiy	Ward No.	Tole	Email Address	Mobile No.	Nationality	Identity	ID No.	Issue Office	Occupation	Medical Conditi	Disability	Vaccination

निर्देशक