



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्ट सेवा रजिष्टर IUCD/IMPLANT SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

आ.यू.सी.डी. तथा इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टर

२०.../...

२०.../...

२०../...

साधन राख्दाको अवस्था (सुत्केरी भएको)			प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति			साधन राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको		साधन झिकिएको विवरण (साधन झिक्ने भएमा)											कैफियत
४८ घण्टा भित्र	४८ घण्टा देखि १ बर्ष	अन्य	ग	म	सा	नाम	पद	राखिएको मिति			राखेको संस्थाको नाम		झिकेको मिति			झिक्नुको कारण	साधन झिक्ने स्वास्थ्यकर्मीको		
								ग	म	सा	यहि	अन्य (नाम)	ग	म	सा		नाम, पद	सहि	
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	