



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

कर्मचारी प्रशासन (.....शाखा)

फोन नं.

४२६२५६०
४२६२८०२
४२६२७०६
४२६२५३५
४२६२८६२
४२२३५८०

प्राप्त पत्र संख्या :-

पत्र संख्या :-

चलानी नं. :- २११५

रामशाहपथ,

काठमाडौं, नेपाल ।

२०७७।१०।२९

मिति :

विषय :- सहमति सम्बन्धमा ।

श्री मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय, सात वटै प्रदेश ।

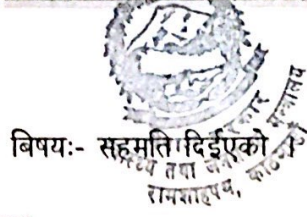
श्री स्थानीय तहहरू सबै ।

प्रस्तुत विषयमा यस मन्त्रालयले "कर्मचारी समायोजन/मिलान सम्बन्धी मापदण्ड, २०७७" बमोजिम स्वास्थ्य सेवाका कर्मचारीहरूको समायोजन/मिलान प्रक्रिया अघि बढाएको व्यहोरा अनुरोध छ । कर्मचारीहरूको समायोजन/मिलान सम्बन्धी कार्यका लागि तहाँबाट सहमति प्रदान गर्दा यसै साथ संलग्न सहमति पत्रको ढाँचा बमोजिम मात्र सहमति दिने व्यवस्था हुन यस मन्त्रालयको मिति २०७७।१०।२९ को निर्णयानुसार अनुरोध छ ।

(दीपक रिजाल)

शाखा अधिकृत

अनुसूची-१
(सहमति पत्र-१)
सहमति पत्रको ढाँचा (आउन)



मिति:-

बिषय:- सहमति दिईएको
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,
रामशाहपथ, काठमाडौं

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,
रामशाहपथ, काठमाडौं ।

प्रस्तुत विषयमा पालिका/प्रदेशमा समायोजन हुनु भएका नेपाल स्वास्थ्य सेवा, समूह..... पद..... तहमा कार्यरत श्री (संकेत नं.) लाई यस पालिका/प्रदेशको स्वीकृत दरवन्दी तेरिज बमोजिम नेपाल स्वास्थ्य सेवा..... समूह..... पद..... तहको कुल स्वीकृत दरवन्दी संख्या मध्ये पद रिक्त रहेकोले उक्त रिक्त दरवन्दीमा समायोजन मिलान भई आउन सहमति दिईएको छ । सहमति प्रदान गरिएका निज लाई समायोजन/मिलान भई आएका वखत तत्काल हाजिर गराई कामकाज लगाईने र नियमअनुसार तलव भत्ता उपलब्ध गराइने व्यहोरा समेत अनुरोध छ । निजलाई कर्मचारी समायोजन मिलान सम्बन्धी मापदण्ड २०७७ तथा स्वास्थ्य सेवाका कर्मचारीहरुको समायोजन मिलान सम्बन्धी व्यवस्था बमोजिम समायोजन मिलान गरिदिनुहुन अनुरोध छ ।

.....
प्रमुख/अध्यक्ष

.....
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

(प्रदेशको हकमा मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालयका आधिकारिक पदाधिकारीले गरेको दस्तखत भए मानिने)

अनुसूची-२



मिति:-

विषय:- सहमति दिईएको ।

श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,
रामशाहपथ, काठमाडौं ।

प्रस्तुत विषयमा कर्मचारी समायोजन ऐन, २०७५ वमोजिम यस
पालिका/प्रदेशमा समायोजन हुनु भएका नेपाल स्वास्थ्य सेवा, समूह.....
पद..... तहमा कार्यरत श्री (संकेत नं.) लाई अन्यत्र
समायोजन मिलान भई जान/गएमा यस पालिका/प्रदेशको सेवा प्रवाहमा असर नपर्ने व्यहोरा
समेत अनुरोध छ । निजलाई कर्मचारी समायोजन मिलान सम्बन्धी मापदण्ड २०७७ तथा स्वास्थ्य
सेवाका कर्मचारीहरूको समायोजन मिलान सम्बन्धी व्यवस्था वमोजिम समायोजन मिलान गरिदिनुहुन
अनुरोध छ ।

.....
प्रमुख/अध्यक्ष

.....
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

(प्रदेशको हकमा मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रपरिषद्को कार्यालयका आधिकारिक पदाधिकारीले गरेको
दस्तखत भए मानिने)