

मिति:.....

श्रीमान कार्यकारी निर्देशक
निजामती कर्मचारी अस्पताल
मिनभवन, काठमाडौं ।

विषय: छुटसहितको शोधभर्ना प्राप्त गरी पाउँ बारे ।

अस्पताल आइडीको बिरामी.....को
उपचारको विलिङ गर्ने क्रममा कुल बिल रकम रु..... मा छुट नहुने रकम
रु..... घटाइ आउने रकम.....मा प्रतिशत छुट नभएकोले शोधभर्नामा प्राप्त हुनुपर्ने
रकम रु. उपलब्ध गराइदिन अनुरोध छ ।

नाम:

ठेगाना:

सम्पर्क नम्बर:

हस्ताक्षर: