



सुनिलस्मृति गाउँपालिका  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय  
सुलिचौर, रोल्पा

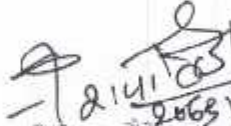


लुम्बिनी प्रदेश, नेपाल

**मेलमिलापकर्ता सूचीकृत हुने सम्बन्धी सूचना !**

प्रथम पटक प्रकाशित मिति : २०७९/०९/१९

यस सुनिलस्मृति गाउँपालिकामा मेलमिलापकर्ताको रूपमा आफ्नो नाम सूचिकृत गराउन चाहने मेलमिलाप सम्बन्धी तालिम प्राप्त गरेका व्यक्ति वा मेलमिलाप परिषद् बाट स्वीकृत प्राप्त गरेका मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्ने सस्थाले यो सूचना प्रकाशन भएको मितिले ३० (तीस) दिन भित्र निवेदन दिनुहुनु यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ ।

  
२०७९/०९/१९  
(दिनेश पौडेल)

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत  
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

नोट : निवेदन फारम यस गाउँपालिकाको website : [www.sunilsmritimun.gov.np](http://www.sunilsmritimun.gov.np) बाट डाउनलोड गर्न सकिने छ ।

मेलमिलापकर्ताको रूपमा सूचीकृत हुन दिइने निवेदनको ढाँचा

श्री.....,  
..... ।

व्यक्तिको हकमा  
फोटो

विषय :- मेलमिलापकर्ताको रूपमा सूचीकृत गरी पाउँ ।

मलाई यस कार्यालयमा मेलमिलापकर्ताको रूपमा आफ्नो नाम सूचीकृत गर्न इच्छा भएकोले देहायका विवरण खुलाई यो निवेदन पेश गरेको छु ।

१. व्यक्ति भए,

क) नाम थर :-

ख) ठेगाना :-

स्थायी :-

जिल्ला :

गा.वि.स./न.पा. :

वडा नं. :

गाउँ/टोल :

टेलिफोन :

इमेल :

फ्याक्स :

मोबाइल नं. :

अस्थायी :-

जिल्ला :

गा.वि.स./न.पा. :

वडा नं. :

गाउँ/टोल :

टेलिफोन :

इमेल :

फ्याक्स :

मोबाइल नं. :

ग) जन्म मित :

घ) पेशा :

ड) विशेषज्ञताको क्षेत्र :

च) भाषागत ज्ञान

भाषा	बोल्न सक्ने	पढ्न सक्ने	बुझ्न सक्ने	लेख्न सक्ने

छ) शैक्षिक योग्यता

क्र.सं.	योग्यता	श्रेणी	अध्ययन गरेको संस्था	उत्तीर्ण साल

ज) मेलमिलाप सम्बन्धी तालिम

क्र.सं.	तालिमको विवरण	तालिम अवधि	तालिम		तालिम दिने संस्था
			देखि	सम्म	

झ) अनुभव

क्र.सं.	अनुभवको विवरण	काम गरेको कार्यालय	अवधि		कैफियत
			देखि	सम्म	

ज) विशेषज्ञताको क्षेत्र

- १) पारिवारिक कानून
- २) व्यापार वाणिज्य कानून
- ३) करार कानून
- ४) फौजदारी कानून
- ५) अन्य.....

ट) उपलब्ध समय :

- १) मेलमिलाप कार्यको लागि अनुकूल हुने समय :-
- २) मेलमिलाप कार्यको लागि अनुकूल नहुने समय :-

२. मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्ने संस्था भए :-

क) संस्थाको नाम :

ख) ठेगाना :

जिल्ला :

गा.वि.स./न.पा. :

वडा नं. :

गाउँ/टोल :

टेलिफोन :

इमेल :

ग) मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्न स्वीकृति पाएको मिति :

घ) संस्था बहाल रहने मिति :

ड) संस्थाको कार्य क्षेत्र :

च) संस्थाको सञ्चालकहरूको विवरण :

क्र.सं.	नाम	पद	ठेगाना

छ) संस्थामा सूचीकृत मेलमिलापकर्ताको संख्या :-

ज) संस्थामा सूचीकृत मेलमिलापकर्ताको विवरण :-

क्र.सं.	नाम, थर	ठेगाना	सम्पर्क टेलीफोन	पेसा	विशेषज्ञताको क्षेत्र	तालिम	भाषागत ज्ञान	अनुभव	शैक्षिक योग्यता

झ) मेलमिलाप सम्बन्धी कार्यको अनुभव :

३. अन्य कुनै विवरण भए खुलाउने : .....

४. उपर्युक्त विवरण ठीक साँचो छ, झुट्टा ठहरे कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला ।

मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्ने  
संस्था भए सो संस्थाको छाप

निवेदकको :

सही :

नाम :

संस्था भए संस्थाको नाम :

मिति :

संलग्न कागजात :

१) मेलमिलापकर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

२) नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

३) शैक्षिक योग्यताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

४) मेलमिलाप सम्बन्धी तालीमको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

५) मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्ने संस्थाको हकमा परिषद् बाट मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्न दिइएको स्वीकृतिको प्रतिलिपि,

६) संस्थाको हकमा संस्था दर्ता तथा नवीकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

७) व्यक्ति भए मेलमिलापकर्ताको पासपोर्ट साइजको फोटो ।