



नेपाल सरकार

गृह मन्त्रालय

(शान्ति सुरक्षा तथा अपराध नियन्त्रण शाखा)

फोन नं.: ०१-४२९९२०८

०१-४२९९२१४

ईमेल: control@moha.gov.np

mohacontrolroom@gmail.com

पत्र संख्या: ०६८/०७९/०८

प्राप्त पत्र संख्या र मिति:-

च.नं.: १०८

सिंहदरवार,

काठमाडौं, नेपाल ।

मिति: २०७८/०४/१५

विषय: कोभिड-१९ विरुद्धको खोप प्रमाणिकरण सम्बन्धमा ।

श्री अध्यागमन विभाग, कालिकास्थान काठमाडौं ।

श्री जिल्ला प्रशासन कार्यालय, सर्पे ।

Handwritten signature and date: १५/०४/७८

Handwritten notes: अपमान, अध्यागमन, वेकल ५५५, upload, मिति १५/०४/७८

प्रस्तुत विषयमा स्वास्थ्य सेवा विभाग (परिवार कल्याण महाशाखा) को च.नं. ३९ मिति २०७८/०४/१० गतेको पत्रबाट नेपालबाट विभिन्न प्रयोजनको लागि विदेश जाने नेपाली नागरिकहरूले कोभिड-१९ विरुद्धको खोप लगाएको प्रमाणिकरण गर्नुपर्ने र सो कार्यको लागि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (सचिवस्तर) बाट तपशिलका अस्पतालहरूलाई प्रमाणिकरणको लागि तोकिएको व्यहोरा अनुरोध गर्दै उक्त प्रयोजनको लागि तोकिएका अस्पतालहरूबाट यसपछि प्रमाणिकरण गर्ने प्रमाणपत्रको नमूना, कोभिड खोप अभियानका लागि विभिन्न चरणमा जारी गरिएका खोप कार्डहरूका नमूना, अस्पतालबाट पठाइएको दस्तखत नमूना र कार्यालयको द्वापको नमूना समेत संलग्न राखी आवश्यक व्यवस्थापनका लागि अनुरोध भई आएको हुँदा उक्त पत्रसाथ प्राप्त कागजातहरू यसैसाथ संलग्न राखी आवश्यक व्यवस्थापन तथा जानकारीको लागि पठाइएको व्यहोरा आदेशानुसार अनुरोध गर्दछु ।

तपशिल:

१. श्री शुक्रराज टुपिकल तथा सुरुवा रोग अस्पताल (Sukraraj Tropical & Infectious Disease Hospital, Teku)
२. श्री निजामती कर्मचारी अस्पताल (Civil Service Hospital, Minbhawan, Kathmandu)
३. श्री पाटन अस्पताल (Patan Hospital, Lagankhel)
४. श्री नेपाल सशस्त्र प्रहरी बल अस्पताल (Nepal A.P.F. Hospital, Balambu)

बोधार्थ:

श्री स्वास्थ्य सेवा विभाग (परिवार कल्याण महाशाखा),
टेकु, काठमाडौं ।

Handwritten signature and date: १५/०४/७८
(सहदेव गौतम)
शाखा अधिकृत



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा



कोभिड-१९ रोग विरुद्धको खोप अभियान २०७७/७८

खोप कार्ड

(स्वास्थ्य संस्था प्रति)

दर्ता नं. / कार्ड नं.

खोप लिने व्यक्तिको लक्षित सम्पुह :

पहिचानको प्रमाण

नाम : उमेर : लिङ्ग :

व्यक्तिको सम्पर्क नं. पालिका वडा नं.

नेपाल सरकारबाट कोभिड-१९ रोग विरुद्धमा उपलब्ध भएको खोप मैले मरो राजी खुशी साथ लिएको छु र पाछि कुनै भावनाय परी केही भएमा म स्वयम जिम्मेवार हुनेछु ।

इस्तराखत ल्याएँ

खोप लगाएको पटक	खोपको नाम र व्याप नं.	खोप लगाएको मिति	खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीको नाम
----------------	-----------------------	-----------------	-------------------------------

पहिला

दोश्रो



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा



कोभिड-१९ रोग विरुद्धको खोप अभियान २०७७/७८

खोप कार्ड

(सेवाग्राही प्रति)

दर्ता नं. / कार्ड नं.

नाम : उमेर : लिङ्ग :

पालिका वडा नं.

खोप लगाएको स्वास्थ्य संस्था :

खोप लगाएको पटक	खोपको नाम र व्याप नं.	खोप लगाएको मिति	खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीको नाम
----------------	-----------------------	-----------------	-------------------------------

पहिलो

दोश्रो

यो कार्ड दोश्रो पटक खोप लिने आउदा अनिवार्य रूपमा लिएर आउनुपर्दछ ।
(यो कार्ड सुरक्षित राख्नुहोस् ।)



Government of Nepal
 Ministry of Health and Population
 Department of Health Services
 Family Welfare Division



Vaccination campaign against Covid-19 disease 2077/78

VACCINE CARD

(Client copy)

Registration No. / Card No. :

Name : Age : Sex :

Municipality : Ward No. :

Vaccinated health institution :

Vaccinated dose	The name of the vaccine & batch no.	Date of vaccination	Name of health worker who gave vaccine
-----------------	-------------------------------------	---------------------	--

First

Second

This card must be brought for the second time to get vaccinated.
 (Keep this card safe)



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा



कोभिड १९ विरुद्ध खोप अभियान २०७७/७८



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा



कोभिड १९ विरुद्ध खोप अभियान २०७७/७८

खोप कार्ड

(स्वास्थ्य संस्था प्रति)

दर्ता नं. कार्ड नं. :

खोप लिने व्यक्तिको लक्षित समूह :

पहिचानको प्रमाण :

नाम : उमेर : लिंग :

व्यक्तिको सम्पर्क नं. पालिका वडा नं.

नेपाल सरकारबाट कोभिड-१९ विरुद्धमा उपलब्ध भएको खोप मैले मेरो राजी खुशी साथ लिएको छु र पछि कुनै भवितव्य परी केही भएमा म स्वयम जिम्मेवार हुनेछु।

दस्तखत ल्याप्ने

खोप लगाएको पटक	खोपको नाम र व्यापक नं.	खोप लगाएको मिति	खोप दिलाए स्वास्थ्यकर्मीको नाम
पहिलो			
दोश्रो			

दोश्रो

खोप कार्ड

(सेवाग्राही प्रति)

दर्ता नं. कार्ड नं. :

नाम : उमेर : लिंग :

पालिका वडा नं.

खोप लगाएको स्वास्थ्य संस्था :

खोप लगाएको पटक	खोपको नाम र व्यापक नं.	खोप लगाएको मिति	खोप दिलाए स्वास्थ्यकर्मीको नाम
पहिलो			
दोश्रो			

पहिलो

दोश्रो

यो कार्ड दोश्रो पटक खोप लिने आउदा अनिवार्य रूपमा लिएर आउनु (यो कार्ड सुरक्षित राख्नुहोस्।)

तपाईंले कोभिड-१९, विरुद्धको खोप लिनु भयो । खोप लगाएर यो रोग विरुद्ध प्रतिरोधात्मक क्षमता विकास हुन कम्तिमा १ महिनाको फरकमा यो खोप २ मात्रा लगाउनु पर्दछ । यो खोप सुरक्षित मानिएको छ, खोप लगाएपछि सामान्य ज्वरो, टाउको दुख्ने, थकाई महशुस हुने, वाकवाकी हुने जस्ता चिन्ह लक्षणहरू देखापरेमा केहि दिनमा आफै ठिक भएर जान्छन । खोप पश्चात कुनै पनि प्रकारका स्वास्थ्य समस्या भएमा तत्कालै स्वास्थ्यकर्मी वा स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्नु होला ।

कोभिडबाट बच्न र बचाउन प्रत्येक ब्यक्तिहरूले निम्न कुराहरू निरन्तर अवलम्बन गर्नुपर्दछ ।



१. निरन्तर साबुन पानीले हात धुने र बेलाबेलामा अल्कोहल युक्त सेनिटाईजरको प्रयोग गर्ने ।



२. घरबाट बाहिर निस्कदा वा कार्यक्षेत्रमा बस्दा अनिवार्य रुपमा मास्कको प्रयोग गर्ने ।



३. घरबाट बाहिर निस्कदा, भिडभाड तथा सार्वजनिक स्थलमा जाँदा कम्तीमा २ मिटरको भौतिक दूरी कायम गर्ने ।

याद गर्नुहोस् : बालबालिकाहरूलाई राष्ट्रिय स्रोप तालिका अनुसार १५ महिना भित्रमा सबै स्रोप लगाउनु होस् । पूर्ण स्रोप लगाओ, बालबालिकालाई रोगहरूबाट सुरक्षित बनाओ ।

खोप कार्ड
Immunization Card
(Certificate of Vaccination)



नेपाल सरकार
Government of Nepal
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
Ministry of Health and Population



खोप कार्ड
Immunization Card
(Certificate of Vaccination)

कृपया यो कार्ड कसैले भेटेमा नजिकको स्वास्थ्य संस्थामा
दुभाई दिनु होला ।

नेपाल सरकारको छाप नलगाएको कार्ड मान्य हुने छैन ।
This card is not valid unless it bears the seal of
the Government of Nepal



Government of Nepal

Ministry of Health and Population

Tel. { 4253395
4253396

Sukraraj Tropical & Infectious Disease Hospital

Development Board

Teku, Kathmandu, Nepal

Ref: STIDH _____

Date: 26 July 2021

COVID-19 Vaccination Certificate

Full Name:

Date of Birth (AD):

Gender:

Passport No/Citizenship No:

Passport Issued by

(Country, Office and Address): MOFA, Department of Passport, Nepal

COVID-19 Vaccination Details

Dose	Name of Vaccine	Batch No.	Date of Vaccination (in A.D.) DD-MM-YY	Immunization Center/ Health Facility	District
1 st Dose					
2 nd Dose					

Rajesh

Dr. Rajesh Kumar Shah
Paediatrician
NMC No. 4211



Stamp



Ref: STIDH _____

Government of Nepal

Ministry of Health and Population

Sukraraj Tropical & Infectious Disease Hospital
Development Board

Teku, Kathmandu, Nepal

Tel. { 4253395
4253396

26 July 2021

Date :

COVID-19 Vaccination Certificate

Full Name:

Date of Birth (AD):

Gender:

Passport No./Citizenship No:

Passport Issued by

(Country, Office and Address): MOFA, Department of Passport, Nepal

COVID-19 Vaccination Details

Dose	Name of Vaccine	Batch No.	Date of Vaccination (in A.D.) DD-MM-YY	Immunization Center/ Health Facility	District
1 st Dose					
2 nd Dose					

Dr. Krishna Prasad Desemaru
Orthopaedician
NMC No. 9833



Stamp



Ref No. NAPFH: V- _____

Date: _____

COVID-19 Vaccination Certificate

Full Name: _____

Date of Birth (AD): _____

Gender: _____

Passport Number/Citizenship Number: _____

Passport issued by: _____

(Country, Office and address): _____

COVID-19 Vaccination Details

Dose	Name of Vaccine	Batch No.	Date of vaccination (In A.D.) DD-MM-YYYY	Immunization Center / Health Facility	District
1st Dose					
2nd Dose					

Certified by

Ashish

DSP Dr. Ashish Thapa, MD

Consultant

NMC No.: 14660



Stamp



MINISTRY OF HOME AFFAIRS

NEPAL A.P.F. HOSPITAL

Balambu, Kathmandu

PHONE: 977-1-422228

Fax: 4313002

Email: apfhospital@gmail.com

apfhospital@yahoo.com

Ref No. NAPFH: V. _____

Date: _____

COVID-19 Vaccination Certificate

Full Name: _____

Date of Birth (AD): _____

Gender: _____

Passport Number/Citizenship Number: _____

Passport issued by: _____

(Country, Office and address): _____

COVID-19 Vaccination Details

Dose	Name of Vaccine	Batch No.	Date of vaccination (In A.D.) DD-MM-YYYY	Immunization Center / Health Facility	District
Single Dose					

Certified by

DSP Dr. Ashish Thapa, MD

Consultant

NMC No.: 14660



Stamp



पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान
Patan Academy of Health Sciences

(पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान ऐन, २०६४ अन्तर्गत स्थापित)
लगानखेल-५, ललितपुर, नेपाल Lagankhel-5, Lalitpur, Nepal

Ref No. PAHS/

Date: 27-07-2021

COVID-19 Vaccination Certificate

Full Name: Mr./Ms. . .

Gender:

Date of birth(AD):

Passport Number/Citizenship Number: . .

Passport issued by: . .

(Country,Office,Address): . .


COVID-19 Vaccination Details

Dose	Name of Vaccine	Batch No.	Date of Vaccination (in A.D.) DD-MM-YYYY	Immunization Centre/Health Facility	District
1st Dose	—	—	—	—	—
2nd Dose	—	—	—	—	—

Certified by

Name of Medical Doctor: Dr. Samita Pant Acharya

NMC No.: 3106

Signature.....





पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान Patan Academy of Health Sciences

(पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान ऐन, २०६४ अन्तर्गत स्थापित)
लगनखेल-५, ललितपुर, नेपाल Lagankhel-5, Lalitpur, Nepal

Ref No. PAHS/

Date: 27-07-2021

COVID-19 Vaccination Certificate

Full Name: Mr./Ms. . .

Gender:

Date of birth(AD):

Passport Number/Citizenship Number:

Passport issued by: .

(Country,Office,Address): .

COVID-19 Vaccination Details

Dose	Name of Vaccine	Batch No.	Date of Vaccination (In A.D.) DD-MM-YYYY	Immunization Centre/Health Facility	District
1st Dose	—		—		—
2nd Dose	—		—		—

Certified by

Name of Medical Doctor: Prof. Dr. Imran Ansari

NMC No.: 1582

Signature.....*Imran Ansari*





Government of Nepal
Ministry of Federal Affairs & General Administration
Civil Service Hospital
Minbhawan, Kathmandu

Tel No.: { 4107000
{ 4107002

Ref. No. _____

Date: _____

COVID-19 Vaccination Certificate

Full Name: _____

Date of birth (AD): _____

Gender: _____

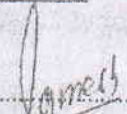
Passport Number/Citizenship Number: _____

Passport issued by: _____
(Country, Office and address) Nepal

COVID-19 Vaccination Details

Dose	Name of Vaccine	Batch No.	Date of vaccination (in A.D.) DD-MM-YYYY	Immunization Center / Health Facility	District
First					
Second					

Certified by


.....
Dr. Ramesh Pant

Registrar

NMC No: 6928

Stamp



Ref. No.

Date:

COVID-19 Vaccination Certificate

Full Name:

Date of birth (AD):

Gender:

Passport Number/Citizenship Number:

Passport issued by:

(Country, Office and address) Nepal

COVID-19 Vaccination Details

Dose	Name of Vaccine	Batch No.	Date of vaccination (In A.D.) DD-MM-YYYY	Immunization Center / Health Facility	District
First					
Second					

Certified by

Dr. Dipak Paudel

Registrar

NMC No: 7311



Stamp