



Government of Nepal
Medical Education Commission



{ 6639413, 6639414
6639415, 6639416

Website : www.mec.gov.np

Email : info@mec.gov.np

Ref No.:-

Sanothimi, Bhaktapur

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to inform all the concerned that for the purpose of continuing remaining internship after undergraduate clinical medicine/dental graduation for those students who returned home by the end of April 2020 because of COVID 19 pandemic, hospitals fulfilling following requirements are eligible for doing internship in Nepal.

1. Medical/dental colleges recognized by Medical Education commission.
2. Central, provincial, regional, tertiary and district hospitals with at least one hundred bed capacity with concerned departments having academic environment with consultants/associate professor level doctors in the related speciality.

Feel free to communicate in the case further explanation is required.

Sitaram Koirala

Under Secretary

Dated: 2021 July 12

Medical Education Commission, Nepal



(तालिम दिने संस्थाको लेटर प्याडमा लेख्ने)

मिति: २०७८। ।

विषय: अध्ययन तालिमका लागि अनुमति माग गरिएको बारे ।

श्रीमान रजिष्ट्रारज्यू
नेपाल मेडिकल काउन्सिल
बाँसबारी, काठमाडौं ।

तपसिलमा उल्लिखित विवरण बमोजिम हुनेगरी यस संस्थामा अध्ययन तालिमका लागि आवेदन दिएका चिकित्सकको अनुरोध बमोजिम तपसिलबमोजिम हुनेगरी तालिम अनुमति प्रदान गरिएको व्यहोरा जानकारी गराउँदछु। तालिम सकिएपछि शिक्षक तथा अस्पताल प्रमुखबाट तालिम अवधिभरमा हासिल गरेको सीप, कौशल र ज्ञान तथा सोसंग सम्बन्धित कामहरूको विवरण उल्लेख गरी त्यस काउन्सिलमा जानकारी गराइने व्यहोरा समेत अनुरोध छ ।

तपसिल

१. तालिम लिने इन्टर्न चिकित्सकको
नाम
नेपाल मेडिकल काउन्सिल परीक्षण दर्ता नं.
तालिम गराइने विषय तालिमको अवधि
२. तालिम दिने शिक्षकको
नाम काउन्सिल दर्ता नम्बर

संलग्न कागजातहरू

१. अस्पताल दर्ता/सञ्चालनको मान्यता प्राप्त कागजात
२. तालिम दिने प्रिसेप्टर (शिक्षक) को कबूलियतनामा

बोधार्थ

डा. (शिक्षक)
डा. (विद्यार्थी)

भवदीय,

नाम
पद



मिति २०७८ । ।

विषय: अध्ययन तालिम प्रदान गर्नका लागि मञ्जुरीनामा ।

श्रीमान रजिष्ट्रारज्यू
नेपाल मेडिकल काउन्सिल
बाँसबारी, काठमाडौं ।

तपसलिमा उल्लिखित विवरण बमोजिम हुनेगरी म आफू पूर्णकालीन कार्यरत संस्थामा तपसिल बमोजिमका चिकित्सकलाई मेरो मातहतमा रहने गरी तोकिएका नियम तथा शर्तहरूको अधिनमा रही अध्ययन तालिम प्रदान गर्न मञ्जुर छु । तालिम सकिएपछि तालिम अवधिभरमा हासिल गरेको सीप, कौशल र ज्ञान तथा सोसँग सम्बन्धित कामहरूको विवरण उल्लेख गरी त्यस काउन्सिलमा जानकारी गराइने व्यहोरा समेत अनुरोध छ ।

मैले पेस गरेको प्रमाणपत्रहरू

१. चिकित्सकको

नाम

नेपाल मेडिकल काउन्सिल दर्ता नं.

तालिम गराइने विषय तालिमको अवधि

२. तालिम हुने संस्थाको

नाम

ठेगाना

संलग्न कागजातहरू

१. विशेषज्ञ दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

२. कार्यानुभवको प्रमाणित प्रतिलिपि

भवदीय

.....
(काउन्सिलमा भएको नमुना बमोजिमको दस्तखत)

डा.

काउन्सिल दर्ता नं.

बोधार्थ

डा. (विद्यार्थी)