



प्रदेश सरकार

लुम्बिनी प्रदेश

कृषि, खाद्य प्रविधि तथा भूमि व्यवस्था मन्त्रालय

पशुपन्छी तथा मत्स्य विकास निर्देशनालय

सम्पर्क नं.: ०७१ ५७६५०६

ईमेल: vethosrupandehi@gmail.com

Website: rupandehi.vethos.gov.np

भेटेरिनरी अस्पताल तथा पशु सेवा विज्ञ केन्द्र

प.स. ०७८/७९

रूपन्देही

च.नं.

मिति: २०७९/०२/१०

जो जस संग सम्बन्धित छ।

विषय: पशुपन्छी औषधि व्यवसायी तालिम सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा पशु सेवा तालिम केन्द्र, नेपालगन्जको मिति २०७९/०२/०५ गते, च.नं. १९९को पत्रानुसार तहाँ तालिम केन्द्रमा संचालन गरिने पशुपन्छी औषधि व्यवसायी तालिममा सहभागी हुन पशुपन्छी औषधि व्यवसायी तालिम संचालन कार्यप्रक्रिया २०७९को दफा ४ बमोजिम योग्यता पुगेका ईच्छुक व्यक्तिहरुले सोही कार्यप्रक्रियाको अनुसूची १ बमोजिम विवरण भरि यस विज्ञ केन्द्रमा मिति २०७९/०२/१६ गते भित्र निवेदन पेश गर्नहुन अनुरोध गरिन्छ।

डा. प्रतिमा बिष्ट

पशु विकास अधिकृत

- (क) एस.एल.सी. योग्यता भई भेटेरिनरी औषधि पसल दर्ता गरी पसल सञ्चालन गरिरहेका व्यवसायीहरू वा पशु सेवा विभागबाट पशु सेवा सम्बन्धी पन्ध्र दिनभन्दा बढी समयको तालिम प्राप्त गरेका व्यक्तिहरू
- (ख) बुँदा नं. ४. १ (क) लाई यथावत राख्दै ग्रामीण क्षेत्रमा भेटेरिनरी औषधिहरूको पहुँच बढाउन अंग्रेजी विषय लिई एस.एल.सी./एस.ई. (प्राविधिक एस.एल.सी.) उत्तीर्ण गरेका व्यक्तिहरू

(२) पशु सेवा विभागले प्रदेश सरकारसँगको समन्वय र सहकार्यमा सहभागीको छनौट गर्नेछ।

(३) उपदफा (१) र (२) बमोजिम सहभागीको छनौट गर्दा निम्नानुसार गर्नुपर्नेछः-

- (क) औषधि व्यवस्था विभागमा भेटेरिनरी औषधि विक्रि वितरणका लागि औषधि पसल दर्ता भएको तर हालसम्म तालिम नलिएको व्यक्ति वा
- (ख) औषधि व्यवस्था विभागमा भेटेरिनरी औषधि विक्रि वितरणका लागि दर्ता भएको व्यवसायी अथवा भई पेशा लाई निरन्तरता दिन नसकेको वा निजको मृत्यु भएको अवस्थामा एकाघरको तोकिएको योग्यता पुगेको एक जना हकवाला व्यक्ति वा
- (ग) भेटेरिनरी सेवाको पहुँच कम भएको ग्रामीण क्षेत्रमा सेवा विस्तारका लागि भेटेरिनरी औषधि पसल सञ्चालन गर्ने उद्देश्य अनुरूप सहभागी छनौट गरी व्यवसायको घनत्व र सेवाको माग तथा आवश्यकता लगायतका आधारमा

(४) तालिममा सहभागी हुन ईच्छुक व्यक्तिले अनुसूची १-बमोजिमका ढाँचामा विवरण भरि सम्बन्धित प्रदेश स्थित पशु सेवा तालिम केन्द्रमा पेश गर्नुपर्नेछ।

(५) उपदफा (४) बमोजिम तालिमको लागि प्राप्त निवेदनहरू सम्बन्धित प्रदेश स्थित पशु सेवा तालिम केन्द्रले सिफारिस सहित पशु सेवा विभागलाई उपलब्ध गराउनुपर्नेछ।

(६) उपदफा (५) बमोजिम प्राप्त निवेदनहरू मध्ये बाट उपदफा (१), (२) र (३) बमोजिम पशु सेवा विभागले सहभागी छनौट गर्नुपर्नेछ।

५. तालिमको पाठ्यक्रम तयारः (१) समितिले तालिम सञ्चालनको लागि विद्यमान पाठ्यक्रममा परिमार्जन वा नयाँ पाठ्यक्रम तर्जुमा गर्न सक्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम पाठ्यक्रम तयार वा परिमार्जन गर्दा समितिले आवश्यकता अनुसार विषय विज्ञहरूसँग परामर्श गर्न सक्नेछ।

(३) समितिले उपदफा (२) बमोजिम तयार गरेको पाठ्यक्रम स्वीकृतिको लागि औषधि सञ्चालक समितिमा पेश गर्नुपर्नेछ।

६. तालिम सञ्चालनः (१) नेपाल सरकारबाट सञ्चालित आयोजना/परियोजना वा प्रयोजनको स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम अनुसार प्रदेश स्थित पशु सेवा तालिम सञ्चालन गर्न सक्ने



Handwritten signature and date: 2071/9/25



Handwritten signature and date: 2071/9/25

(२) भेटेरिनरी औषधि व्यवस्थापनमा संलग्न अन्य सरोकारवाला संघ/संस्थाबाट वित्तीय श्रोत व्यवस्थापन हुने गरी तालिम सञ्चालनको लागि अनुरोध भएमा पशु सेवा विभागले औचित्य र प्रभावकारिताको विश्लेषणको आधारमा तालिम सञ्चालनको लागि आवश्यक समन्वय गर्न सक्नेछ।

(३) उपदफा (१) र (२) बमोजिम तालिम सञ्चालन भएको अवस्थामा सम्बन्धित संस्थाले तालिम सञ्चालनमा लाग्ने सम्पूर्ण खर्चको व्यवस्थापन गर्नुपर्नेछ।

(४) तालिम सञ्चालन गर्दा बढीमा तीस जनाको समूह मिल्ने गरी गर्नुपर्नेछ।

(५) प्रदेश स्थित पशु सेवा तालिम केन्द्रले पशु सेवा विभागसँगको समन्वयमा तोकेको मिति, समय र स्थानमा तालिम सञ्चालन गर्नेछ।

(६) पाठ्यक्रममा तोकेका सबै क्रियाकलापमा उत्तिर्ण हुने सहभागीलाई प्रदेश स्थित पशु सेवा तालिम केन्द्रले तालिम सञ्चालन गर्ने निकायले अनुसूची-४ बमोजिम प्रमाणपत्र प्रदान गर्नुपर्नेछ।

(७) उपदफा (६) बमोजिमको प्रमाणपत्रको प्रमाणित प्रतिलिपी तथा सहभागीको विवरणको विद्युतीय प्रति प्रदेश स्थित पशु सेवा तालिम केन्द्रले तालिम समापन भएको पैंतिस (३५) दिन भित्र पशु सेवा विभाग र औषधि व्यवस्था विभागमा पठाउन पर्नेछ।

७. परीक्षा सञ्चालन तथा अभिलेखीकरण: (१) पशुपन्छी औषधि व्यवसायी तालिम प्राप्त गरेका व्यक्तिले व्यवसायी मान्यता परिक्षाको लागि अनुसूची-२ बमोजिम औषधि व्यवस्था विभागमा निवेदन पेश गर्नु पर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम निवेदन प्राप्त भएमा योग्य निवेदकहरूका लागि औषधि व्यवस्था विभागले व्यवसायी मान्यता परीक्षा सञ्चालन गर्नुपर्नेछ।

(३) उपदफा (२) बमोजिम परीक्षा सञ्चालन हुने मिति, समय र स्थान औषधि व्यवस्था विभागले तोके अनुसार हुनेछ।

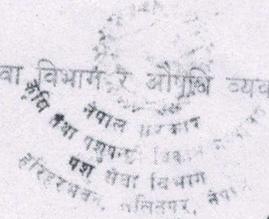
(४) उपदफा (३) बमोजिमको परीक्षा उत्तीर्ण गरेका व्यक्तिहरू मात्र पशुपन्छी औषधि व्यवसायी प्रमाणपत्र प्राप्त गर्नका लागि योग्य हुनेछन्।

(५) व्यवसायी मान्यता परीक्षामा सहभागी हुने व्यक्तिको विवरण औषधि व्यवस्था विभागले अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा अभिलेख राख्नुपर्नेछ।

८. आर्थिक पक्ष: (१) तालिम प्राप्त व्यक्तिहरूको लागि दफा ६ बमोजिम सञ्चालन हुने परीक्षाको खर्च औषधि व्यवस्था विभागले गर्नु पर्नेछ।

९. विविध: (१) तालिमको अनुगमन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, कृषि तथा पशुपन्छी विकास मन्त्रालय, पशु सेवा विभाग, औषधि व्यवस्था विभाग र समितिबाट हुनेछ।

(२) कार्यप्रक्रियाको कार्यान्वयनमा कुनै बाधा अडकाउ परेमा पशु सेवा विभाग र औषधि व्यवस्था विभागका महानिर्देशकहरूको बैठकबाट फुकाउ गरिनेछ।



१०६५/०९/१
१९९५

अनुसूची १
प्रदेश सरकार

मन्त्रालय

पशु सेवा तालिम केन्द्र
तालिमका सहभागीले भर्नुपर्ने विवरणको ढाँचा
आ.....व.

व्यक्तिगत विवरण:

नाम:

ठेगाना:

बाबुको नाम:

नागरिकता नं.:

जारी मिति र जिल्ला:

जन्म मिति:

शैक्षिक योग्यता :

फोन नम्बर:

पसलको विवरण

पसल दर्ता भएको भए र-:नं.प.

पसल दर्ता मिति:

पसल रहेको ठेगाना:

पसलको किसिम: खुद्रा/ थोक

पसल धनी: स्वयम् /अन्य

अन्य भएमा नाम:

नागरिकता नं.:

पसल धनीसँगको सम्बन्ध:

हालसालै
खिचिएको पासपोर्ट
साइज फोटो



(Handwritten signature)
२०७१/११/५

महानिर्देशक



सहभागीको हस्ताक्षर

(Handwritten signature)
२०७१/०९/२५

नाम नन्दन तिवारी
सहभागी

अनुसूची -२
(दफा ७ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)
नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
औषधि व्यवस्था विभाग
परीक्षाका सहभागीले भर्नुपर्ने विवरण
आ.व.

रोल नम्बर :

व्यक्तिगत विवरण:

नाम:

ठेगाना:

बाबुको नाम:

नागरिकता नं.:

जारी मिति र जिल्ला:

जन्म मिति:

तालिम सञ्चालित मिति, केन्द्र र प्रमाणपत्र नं.:

पसलको विवरण

पसल दर्ता भएको भए र.प.नं.:

पसल दर्ता मिति:

पसल रहेको ठेगाना:

पसलको किसिम: खुद्रा/ थोक

हालसालै

खिचिएको पासपोर्ट

साइज फोटो

शैक्षिक योग्यता:

फोन नम्बर:

पसल धनी: स्वयम् /अन्य

अन्य भएमा नाम:

नागरिकता नं.:

पसल धनीसँगको सम्बन्ध:

सहभागीको हस्ताक्षर

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

औषधि व्यवस्था विभाग

प्रवेश पत्र

आ.....व.

रोल नम्बर :

व्यक्तिगत विवरण:

नाम:

ठेगाना:

बाबुको नाम:

नागरिकता नं.:

जारी मिति र जिल्ला:

जन्म मिति:

तालिम सञ्चालित मिति, केन्द्र र प्रमाणपत्र नं.:

पसलको विवरण

पसल दर्ता भएको भए र.प.नं.:

पसल दर्ता मिति:

पसल रहेको ठेगाना:

पसलको किसिम: खुद्रा/ थोक

हालसालै

खिचिएको पासपोर्ट

साइज फोटो

शैक्षिक योग्यता:

फोन नम्बर:

पसल धनी: स्वयम् /अन्य

अन्य भएमा नाम:

नागरिकता नं.:

पसल धनीसँगको सम्बन्ध:

सहभागीको हस्ताक्षर

• : कागजात पेश गर्नुपर्ने

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
औषधि व्यवस्था विभाग
प्रवेश पत्र
आ.....व.
२०७९/११/२५
महानिर्देशक

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
औषधि व्यवस्था विभाग
पत्र सेवा विभाग
हरिहरभवन, ललितपुर, नेपाल

२०७९/२५
विभागीय अधिकारी

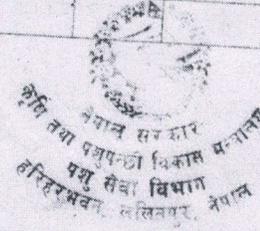
अनुसूची - ३

(दफा ७ को उपदफा (५) सँग सम्बन्धित)

तालिम/परीक्षामा सहभागीहरूको अभिलेख राख्ने ढाँचा

प्रमाणपत्र नम्बर	व्यक्तिको नाम थर	ठेगाना	नागरिकता नम्बर र जिल्ला	औषधि पसलको नाम र ठेगाना	तालिम सञ्चालन मिति	तालिम सञ्चालन भएको केन्द्र	रोल नम्बर	प्राप्तांक	नतिजा	सहभागीको फोटो

(Handwritten signature)
2069/9/25



(Handwritten signature)
2069/09/25
डा. राम नन्दन तिवारी
महानिर्देशक

महानिर्देशक



अनुसूची ४

प्रमाणपत्रको ढाँचा

नेपाल
सरकारको
निशानी छाप

प्रदेश सरकार

मन्त्रालय

पशु सेवा तालिम केन्द्र

हालभालै
खिचिएको
सहभागीको
फोटो

प्रमाण-पत्र नं.

प्रमाण-पत्र

मिति..... देखि..... सम्म केन्द्रमा पशु सेवा विभाग
र औषधि व्यवस्था विभागबाट संयुक्त रूपमा सञ्चालित पशुपन्छी औषधि व्यवसायी तालिममा सहभागी
हुनुभएका प्रदेश..... जिल्ला
..... म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा. वडा नं. निवासी श्री..... लाई यो
प्रमाण-पत्र प्रदान गरिन्छ।

तालिम संयोजक

वरिष्ठ तालिम अधिकृत

निर्देशक

सम्बन्धित पशु सेवा तालिम केन्द्र

सम्बन्धित पशुपन्छी तथा मत्स्य विकास निर्देशनालय



मिति



QR Code

Mr. ... (Signature)
२०७३/०९/२५

महानिर्देशक

Dr. Ram Nandan Tiwari
महानिर्देशक