

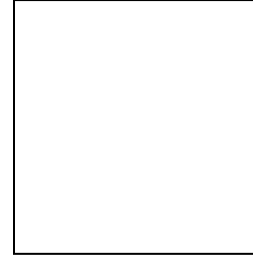
दर्ता नं :



# राष्ट्रिय एचआईभी तथा एड्स महासंघ नेपाल

(एन. ए. पि + एन)

## सदस्यता फर्म



नाम: .....

स्थायी ठेगाना: .....

.....

अस्थायी ठेगाना: .....

.....

पत्रचार गर्ने ठेगाना : .....

.....

सम्पर्क फोन:..... अफिस/घर .....

ईमेल : .....

शैक्षिक योग्यता : .....

जन्म मिति : .....

उमेर : .....

लिङ्ग : .....

विवाहित/अविवाहित/सम्बन्ध बिच्छेद : .....

सन्तानको सख्या ..... छोरा/छोरी ..... संक्रमित छ / छैन

एचआईभी भएको : .....

शंका लागेको साल : .....

एआरभी लिई रहनु भईरहेको छ / छैन : .....

छ भने कहाँबाट : .....

कुनै संघ/संस्था संग आवद्ध छ/छैन : .....

एचआईभी को क्षेत्रमा अनुभव छ/छैन : ..... छ भने कति : .....

म ..... आफ्नो स्वविवेकले आजको मिति .....  
मा यस महासंघसंग सदस्यता प्राप्त गरी आवद्ध भएको छु । महासंघका सबै नियमहरूको  
पालना गर्ने छु भनि यस कागजमा छाप गरेको छु ।

सदस्यको नाम : .....

सहि : .....

साक्षि : .....

मिति : .....

दायाँ ओठो छाप

बायाँ ओठो छाप

- महासंघले संचालन गरेर बोलाईएका कुनै पनि कार्यक्रममा सदस्यहरूले अनिवार्य रूपमा सहभागिता जनाउनु पर्ने ।
- सदस्य बन्न चाहाने ईच्छुक व्यक्तिहरूको लागी संबधित क्षेत्र लगायत ईन्टरनेटको वेब साईट बाट पनि सोभै सदस्यता फर्म भरी सदस्य बन्न सकिने छ ।

यो फर्म र फर्ममा भएको ब्यहोरा गोप्य राखिने छ ।

**राष्ट्रिय एचआईभी तथा एड्स महासंघ नेपाल**  
(एन. ए. पि + एन)

मखमलि मार्ग - ६ , माहाराजगंज, चकपथ, काठमाडौं, नेपाल

फोन : + ९७७ - १ - ४३७३९१०, पोस्ट. बक्स : ८९७५ , इ. पि. सि. ४११२

इ-मेल : [napp@napp.org.np](mailto:napp@napp.org.np) , वेब साइट : [www.napp.org.np](http://www.napp.org.np)