(कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान ऐन २०६८ द्वारा स्थापित)

कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान

KARNALI ACADEMY OF HEALTH SCIENCES

जुम्ला, नेपाल

Convocation Form

Affix a recently taken passport size photo

Full Name: In English

First Name | Middle Name | Last Name

पुरा नाम नेपालीमा

Father's Name: ……

Mother's Name: ……

Grand Father's Name: ……

Date of Birth: ……Sex: …… Marital Status: ……Citizenship No: ……

Address:

Permanent: Province: …… District: ……

Municipality/Rural Municipality: …… Ward No: ……

Enrolled Year: …… Registration No. : …… Passed Year: ……

Program: …… Level: …… Batch: ……

Contact No. : …… Email: ……

……

Applicants Signature

प्रधान कार्यालय: चन्दननाथ नगरपालिका २ जुम्ला, कर्णाली, नेपाल, फोन नं. ०८७-५२०३५५, ५२०११५ फ्याक्स नं. ०८७-५२०३५५
E-mail: info@kahs.edu.np, सम्पर्क कार्यालय सेतोपुल, मैतिदेवि काठमाण्डौं, फोन नं. ०१-५१७०६२२ फ्याक्स नं. ०१-५७००९५