मूल दर्ता रजिष्टर

मितिः _____/_____/_____(ग/म/सा)

क्र.सं	दर्ता नम्बर		सेवाग्राहीको		जाती कोड	उमेर		ठेगाना			सम्पर्क नम्वर	सेवाको किसिम*	निशुल्क/ शुल्क रू.	प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर		महिला	पुरुष	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.				
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५

जम्मा सेवाग्राही (महल नं. १)						नयाँ सेवाग्राही (महल नं. २)					जातीगत आधारमा सेवाग्राही (महल नं. ६)						जम्मा
लिङ्ग	उमेर समुह				जम्मा	उमेर समुह				जम्मा	जात/जाती समुह						
	०-९	१०-१९	२०-५९	≥६०		०-९	१०-१९	२०-५९	≥६०		दलित	जनजाती	मधेशी	मुस्लिम	ब्राह्मण/क्षेत्री	अन्य	
महिला																	
पुरुष																	

सेवाको किसिम (महल १३)					
सामान्य उपचार	१	परिवार नियोजन	५	यौनरोग	९
आइएमसिआइ	२	क्षयरोग	६	अन्य (खुलाउने)	१०
पोषण	३	कुष्ठरोग	७		
सुरक्षित मातृत्व	४	किटजन्य रोग	८		