



श्री

उच्च अदालत विराटनगर
(मेलमिलाप शाखा)

रजिष्ट्रार ५२७१९७
प्रशासन ५२२८०२
मेलमिलाप ५१३२९९
IT ५२४०५६
Fax ५२७१९७

च.नं.
प.सं.

Email: melmilap.hcbiratnagar@supremecourt.gov.np
Website:
www.supremecourt.gov.np

सूचना ! सूचना !! सूचना !!

मिति २०८०/०२/१८

विषय : मेलमिलापकर्ताको रुपमा सूचीकृतहुने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा मेलमिलाप कार्यसंचालन निर्देशिका २०७५ को अनुसूची-२ बमोजिम आगामी आर्थिक वर्ष २०८०/०८१ का लागि यस अदालतमा मेलमिलापकर्ताको रुपमा आफ्नो नाम सूचीकृत गराउन चाहने मेलमिलापसम्बन्धी तालिम प्राप्त गरेको व्यक्ति वा मेलमिलाप परिषदबाट स्वीकृत प्राप्त गरेका मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्ने संस्थाले यो सूचना प्रकाशन भएको मितिले ३०(तीस) दिन भित्र निवेदन दिनहुन यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ ।

निवेदनसाथ अनिवार्य रुपमा संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू:-

- मेलमिलाप परिषदबाट जारी भएको मेलमिलापकर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
- मेलमिलापकर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
- नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
- शैक्षिक योग्यताको प्रमाणपत्र प्रतिलिपि ।
- संस्थाको हकमा
 - संस्था दर्ता तथा नविकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, संस्थाको नियमावली,
 - मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्न संस्थाको हकमा परिषदबाट मेलमिलाप सम्बन्धी कार्य गर्न दिइएको स्वीकृतीको प्रतिलिपि
- व्यक्ति भए मेलमिलापकर्ताको पासपोर्ट साइजको फोटो थान -२

नोट: निवेदन फारम यस अदालतमा सम्पर्क राखि प्राप्त गर्न सकिनेछ । (सर्वोच्च अदालतको सूचना पाटी र यस अदालतको सूचना पाटीबाट समेत डाउनलोड गर्न सक्नुहुन्छ ।

अनुसूची-२
(दफा ७ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

मेलमिलापकर्ताको रूपमा सूचीकृत हुन दिइने निवेदनको ढाँचा

श्री उच्च अदालत,
.....।

व्यक्तिको
हकमा फोटो

सूचना

विषय : मेलमिलापकर्ताको रूपमा सूचीकृत हुन पाउँ।

मलाई / यस संस्थालाई त्यस अदालतमा मेलमिलापकर्ताको रूपमा आफ्नो नामसूचीकृत गर्न इच्छा भएकोले देहायका विवरण खुलाई यो निवेदन गरेको छु।

१. व्यक्ति भए

(क) नाम थर :-

(ख) ठेगाना :-

स्थायी :-

जिल्ला :	गाउँपालिका/नगरपालिका :	वडा नं.:
गाउँ/टोल :	टेलिफोन :	ईमेल :
फ्याक्स :	मोबाइल नं.:	

अस्थायी :-

जिल्ला :	गाउँपालिका/नगरपालिका:	वडा नं.:
गाउँ/टोल :	टेलिफोन :	ईमेल :

(ग) जन्म मिति :

(घ) पेसा :

(ङ) भाषागत ज्ञान

भाषा	बोल्न सक्ने	पढ्न सक्ने	बुझ्न सक्ने	लेख्न सक्ने

(च) शैक्षिक योग्यता (स्नातक वा सोभन्दा माथिको)

क्र.सं.	योग्यता	श्रेणी	अध्ययन गरेको संस्था	उत्तीर्ण साल

(छ) मेलमिलापसम्बन्धी तालिम

क्र.सं.	तालिमको विवरण	तालिम अवधि	तालिम लिएको मिति		तालिम दिने संस्था
			देखि	सम्म	

(ज) मेलमिलापसम्बन्धी कार्यको अनुभव

क्र सं	मेलमिलापको काम गरेको मुद्दा	काम गरेको अदालत वा स्थान	काम गरेको साल	सफल भएको संख्या	असफल भएको संख्या

(झ) विशेषज्ञताको क्षेत्र

१. पारिवारिक विवादको विषय
२. व्यापार वाणिज्यसम्बन्धी विवादको विषय
३. करारसम्बन्धी विवादको विषय
४. फौजदारी विवादको विषय
५. अन्य ...

(ञ) उपलब्ध समय :

१. मेलमिलाप कार्यको लागि अनुकूल हुने समय :-
२. मेलमिलाप कार्यको लागि अनुकूल नहुने समय :-

२. मेलमिलापसम्बन्धी कार्य गर्ने संस्था भए,

(क) संस्थाको नाम :

(ख) संस्थाको दर्ता नं. :

(ख) ठेगाना :

जिल्ला :

गाउँपालिका/नगरपालिका :

वडा नं.:

गाउँ/टोल :

टेलिफोन :

फ्याक्स :

(ग) मेलमिलापसम्बन्धी कार्य गर्न स्वीकृति पाएको मिति :

(घ) संस्था बहाल रहने मिति :

(ङ) संस्थाको कार्य क्षेत्र :

(च) संस्थाका पदाधिकारीहरूको विवरण

क्र.सं.	नाम	पद	ठेगाना

(छ) संस्थामा सूचीकृत मेलमिलापकर्ताको संख्या :

(ज) संस्थामा सूचीकृत मेलमिलापकर्ताको विवरण :

क्र.सं.	नाम थर	ठेगाना	सम्पर्क टेलिफोन	पेसा	विशेषज्ञताको क्षेत्र	तालिम	भाषागत ज्ञान	अनुभव	माथिल्लो शैक्षिक योग्यता
(झ) मे									

ल

(झ) मेलमिलापसम्बन्धी कार्यको अनुभव :

३. अन्य कुनै विवरण भए खुलाउने :

४. उपर्युक्त विवरण ठीक साँचो छ, झुठा ठहरे कानूनवमोजिम सहूँला बुझाउँला।

मेलमिलापसम्बन्धी कार्य
गर्ने संस्थाको छाप

निवेदकको :

सही :

नाम :

संस्थाको नाम :

मिति :

संलग्न कागजात :

- (१) मेलमिलापकर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- (२) नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- (३) शैक्षिक योग्यताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- (४) मेलमिलापसम्बन्धी तालिमको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- (५) संस्थाको हकमा

(क) संस्था दर्ता तथा नवीकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,

(ख) संस्थाको नियमावली

(ग) मेलमिलापसम्बन्धी कार्य गर्ने संस्थाको हकमा परिषद्वाट मेलमिलापसम्बन्धी कार्य गर्न दिइएको स्वीकृतिको प्रतिलिपि,

(६) व्यक्ति भए मेलमिलापकर्ताको पासपोर्ट साइजको फोटो