महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको विवरण

प्रदेशः

निर्देशनालयको नामः

जिल्लाः

स्थानीय तहको नामः

क्र.स.	म.सा.स्वा.स्व.सेको नाम,थर	आई.डी.नं	नागरिकता नं	कार्यरत स्वास्थ्य चौकीको नाम र वडा नं	सेवा सरूवात मिति	शैक्षिक योगयता	आधारभूत तालीम लिए/नलिएको	फोन नं.	भए सम्म ईमेल ठेगाना