

## COVID-19 सम्बन्धि प्रश्नहरू

१. के तपाईंलाई विगत २०/२४ दिनभित्रमा उच्च ज्वरो (99.5 Fahrenheit भन्दा माथि) / सुख्खा खोकी / श्वास प्रश्वास सम्बन्धि समस्या वा लक्षणहरू देखिएको छ कि छैन ? छ भने पूर्ण विवरण दिनुहोस ।
२. के तपाईं COVID-19 संक्रमित व्यक्तिसंग प्रत्यक्ष सम्पर्कमा रहनु भएको छ कि छैन? यदि छ भने पूर्ण विवरण दिनुहोस ।
३. तपाईंले हालसालै कुनै देशको भ्रमण गर्नु भएको छ कि छैन ? (छ भने आफुले भ्रमण गरेको पूरा विवरण दिनुहोस । मिति तथा देशको नाम सहित)

माथि उल्लेख गरेको प्रश्नहरूको उत्तर मैले जाने बुझेसम्म सत्य छन् र मैले कुनै विवरण, सूचना तथा जानकारीहरू लुकाइएको छैन । COVID-19 सम्बन्धि कुनै कैफियत देखिएमा म व्यक्तिगत रूपमा पूर्ण उत्तरदायित्व हुनेछु ।

हस्ताक्षर:

नाम:.....

ठेगाना: .....

मिति: