



गण्डकी प्रदेश सरकार
सामाजिक विकास तथा स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय
धौलागिरी अस्पताल
बागलुङ, नेपाल

करार कर्मचारीहरुको लागि कार्य सम्पादन मूल्याङ्कन फाराम	
खण्ड क	
विवरण पेश गरेको कार्यालय : धौलागिरी अस्पताल बागलुङ	
दर्ता नं. :	
मिति :	
कर्मचारीको नाम :	
कर्मचारीको पद :	
मूल्याङ्कन अवधि : २०८० साल श्रावण १ गते देखि २०८१ साल असार मसान्त सम्म	
कार्यालयमा काम सुरु गरेको मिति :	
सुपरिवेक्षण समक्ष पेश गरेको मिति :	
सम्पादित कामको विवरण :	
मूल्याङ्कन अवधिमा गरेका मुख्य कामहरु	सूचक बमोजिम काम भए/नभएको
१.	
२.	
३.	
४.	
५.	
६.	
विवरण पेश गर्ने कर्मचारीको दस्तखत :	मिति :

म्याद थप गर्नु पर्ने कारण र औचित्य उल्लेख गर्नुहोस ।

- १.
- २.
- ३.

खण्ड ख			
मूल्याङ्कन			
मूल्याङ्कनको आधार	मूल्याङ्कनको अङ्क		
	सुपरिवेक्षकले प्रदान गर्ने ४०	पुनरावलोकनकर्ताले प्रदान गर्ने ३०	पुनरावलोकन समितिले प्रदान गर्ने ३०
१. विषयवस्तुको ज्ञान तथा सिप	१०	५	५
क. कामसंग सम्बन्धित विषयवस्तुको आधारभुत जानकारी			
ख. कामसंग सम्बन्धित विषयमा भएका नविनतम विषयको जानकारी			
ग. विषयगत सम्बन्धी सिप			
घ. सीप प्रयोगको क्षमता			
२. अनुशासन, आचरण, शिष्टाचार र आज्ञापालन	५	५	५

क. कर्मचारीको लागि तोकिएको पोशाक लगाउने गरेको			
ख. कर्मचारीले पालना गर्नु पर्ने आचरण पालन गरेको			
ग. प्रशासनले दिएको आज्ञा पालना गरेको			
घ. अनधिकृत रुपमा सूचना दिने नगरेको			
३. समय पालना र नियमितता	१०	५	५
क. समयमा कार्यालय उपस्थित भएको			
ख. विदा स्वीकृत नगराइ कार्यालयमा उपस्थित हुने नगरेको			
ग. नियमित रुपमा कार्यालयमा उपस्थित भएको			
घ. कार्यालयको आवश्यकता अनुसार कार्यालय समयभन्दा अतिरिक्त समय पनि काम गर्ने काम गरेको			
४. सरोकारवालासंगको व्यवहार	५	५	५
क. आफु भन्दा माथिका कर्मचारीसंग गर्ने व्यवहार मित्रवत रहेको			
ख. आफु सरह आ.व. आफू मातहतका कर्मचारीसंग गर्ने व्यवहार मित्रवत रहेको			
ग. सेवाग्राहीसंग गर्ने व्यवहार मित्रवत रहेको			
घ. मुस्कान सहितको व्यवहार गर्ने गरेको			
५. कामसंगको लगाव र नतिजा	१०	१०	१०
क. कार्यालयको कामलाई मूल प्राथमिकतामा राख्ने गरेको			
ख. कार्यालयको गोपनियता भंग गर्ने नगरेको			
ग. दिइएको काम समयमै सम्पन्न गर्ने गरेको			
घ. कार्यालयमा आफूसंग रहेका सामानको उचित ढंगले सुरक्षा र संरक्षण			

सुपरिवेक्षकको नाम :

जम्मा अंक

अक्षरमा

हस्ताक्षर :

पुनरावलोकनकर्ताको नाम :

जम्मा अंक

हस्ताक्षर :

अक्षरमा

जम्मा प्राप्ताङ्क अंक र अक्षरमा						
पूर्णाङ्क	४० (चालिस)	३० (तीस)	३० (तीस)			
१५ प्रतिशत भन्दा बढी र ७५ प्रतिशत भन्दा कम अङ्क दिदाँ खुलाइएको कारण	सुपरिवेक्षकको नाम -	पुनरावलोकनकर्ताको नाम -	पुनरावलोकन समितिका पदाधिकारीको :			
	पद -	पद -	नाम	पद	संकेत नं.	दस्तखत
	संकेत नं. -	संकेत नं. -				
	दस्तखत -	दस्तखत -				
	मिति -	मिति -				

पुनरावलोकनकर्ताको

नाम :

पद :