



कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई

जिला – बीजापुर (छ.ग.)



फान न. 7853296423

ई-मेल nrhm2bijapur@gmail.com, dtcbijapur1@gmail.com

आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला – बीजापुर(छ.ग.)
आवेदित पद का नाम :-.....

पासपोर्ट
साईट का
स्व-प्रमाणित
त फोटो

01. आवेदक/आवेदिका का पूरा नाम (हिन्दी में) :-.....
(अंग्रेजी में) :-.....
02. पिता/पति का नाम :-.....
03. जन्म तिथि (अंको में) :-.....
(शब्दों में) :-.....
04. आयु दिनांक 01/01/2025 :- वर्ष..... माह..... दिन.....
05. पत्र व्यवहार का पूर्ण पता :-.....
.....
.....
06. स्थायी पता :-.....
.....
07. फोन/मोबाईल नम्बर :-.....
08. रोजगार कार्यालय का जीवित पंजीयन क्रमांक :-
09. क्या आवेदक आयु सीमा में छूट चाहते हैं यदि हां तो किस श्रेणी से उल्लेख करें :-
10. क्या आवेदक छ.ग. राज्य का मूल निवासी है :-.....
(यदि हां तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें)
11. छ.ग. निवासी प्रमाण में उल्लेख जिले का नाम:-
12. जाति (सामान्य/अजा/अजजा/अपिव) :-.....
सक्षम अधिकारी द्वारा जारी जाति प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।
13. क्या आवेदक विकलांग है? (यदि हां तो प्रमाण पत्र संलग्न करें) :-.....
14. क्या आवेदक भूतपूर्व सैनिक हैं? यदि हां तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी :-
15. क्या आवेदक विवाहित है? हां/नहीं यदि विवाहित है तो विवाह की तिथि :-.....
16. जीवित बच्चों की संख्या एवं अंतिम बच्चों की जन्म तिथि :-.....



कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, जिला कार्यक्रम प्रबंधन इकाई

जिला - बीजापुर (छ.ग.)



फोन नं. 7853296423

ई-मेल nrhm2bijapur@gmail.com, dtcbijapur1@gmail.com

17 शैक्षणिक/ तकनीकी योग्यता :-

क्र.	उत्तीर्ण परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि. /संस्थान	उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्तांक	पूर्णांक	प्रतिशत

18 अनुभव :-

क्र.	कार्यालय का नाम	पदनाम	कार्यावधि	रिमार्क
1				
2				
3				

19 बैंक ड्राफ्ट का विवरण:-

डिमाण्ड ड्राफ्ट क्रमांक दिनांक बैंक का नाम

20 क्या आवेदक शासकीय/अर्धशासकीय संस्थान में सेवारत है? हां/नहीं यदि हां :-
तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी अनापत्ति प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें।

21 क्या आवेदक/आवेदिका के विरुद्ध कोई दायिदक प्रकरण थाने किसी थाने/
न्यायालय में अनुसंधान/ विचारण हेतु लंबित है। अथवा किसी न्यायालय में
निराकृत हो चुका है एवं निर्णय आदि की जानकारी स्पष्ट रूप से उल्लेख करें। :-

22 संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची :-

1. 2. 3. 4.
5. 6. 7. 8.

घोषणा पत्र

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र में प्रस्तुत समस्त विवरण एवं संलग्न अभिलेख मेरी व्यक्तिगत जानकारी और विश्वास के अनुसार पूर्णतः सत्य है। यदि कोई भी जानकारी/ अभिलेख असत्य पाई जाती है तो मेरी उम्मीदवारी/ नियुक्ति निरस्त किये जाने योग्य होगी एवं मेरे विरुद्ध वैधानिक कार्यवाही की जा सकेगी।

स्थान -

दिनांक -

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर

नाम

पूर्ण पता

कार्यालय का नाम एवं पता

क्रमांक

दिनांक

शासकीय स्वास्थ्य संस्था द्वारा, कोरोना वैश्विक महामारी के दौरान अस्थाई स्वास्थ्य कर्मियों को उनके द्वारा दी गई सेवाओं के लिए जारी किये जाने वाले अनुभव प्रमाण पत्र का प्रारूप

प्रमाणित किया जाता है श्री/श्रीमती/कु.....
पिता/ पति का नाम.....इस संस्था मेंके पद पर दिनांक
से.....तक सविदा/दैनिक वेतन भोगी/ अस्थायी स्वास्थ्य कर्मचारी के रूप में कार्यरत हैं/ थे । उक्त
कर्मचारी द्वारा इस कार्यालय/ संस्था में लगातार छः माह तक या छः माह से अधिक (कुलवर्ष.....
माह.....दिन) तक सेवा दिया गया है/ था । छत्तीसगढ़ शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,
मंत्रालय महानदी भवन, नवा रायपुर, अटल नगर, जिला रायपुर द्वारा जारी आदेश क्रमांक एफ 1-67/2021/
सत्रह/एक दिनांक 07.12.2021 के परिपालन में श्री..... को
..... द्वारा जारी विज्ञापन क्रमांक दिनांक में विज्ञापित सीधी भर्ती
के पद(पद का नाम) में चयन हेतु 10 बोनस अंक की पात्रता है ।

संस्था प्रमुख का हस्ताक्षर
पदमुद्रा सहित