



कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला-बलौदाबाजार-भाटापारा (छ.ग.)



E-mail ID: nhmbalodabazaar@gmail.com

Telephone No. -07727-223550

आवेदन पत्र का प्रारूप

आवेदित पद का नाम

प्रति,

श्रीमान् मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला -बलौदाबाजार-भाटापारा (छ.ग.)

स्वयं का फोटोग्राफ
चस्पा कर
स्व:प्रामाणित करें

स.क.	केवल कार्यालय उपयोग हेतु		
1	अभ्यर्थी का नाम		
2	पिता/पति का नाम		
3	स्थायी पता		
4	पत्र व्यवहार का पता		
5	मोबाईल नंबर		
6	ईमेल-आईडी		
7	लिंग (पुरुष/महिला/अन्य)		
8	जन्मतिथि विवरण (10 वीं, 10+2 वीं के अंकसूची के आधार पर)	अंको में	
		शब्दों में	
		दिनांक 01/01/2022 की स्थिति में आयु (Day/Month/Year)	
9	जाति	अभ्यर्थी की जाति लिखें :-	
10	आवेदित पद हेतु वर्ग	जिस वर्ग अना./अ.पि.व./अनु.जाति/अनु.जन.जाति. हेतु आवेदन कर रहे हैं, लिखें :-	
11	छ.ग. निवासी (हाँ/नहीं)		
12	मूल निवासी जिला का नाम		
13	योग्यता अनुसार संबंधित काउंसिल का जीवित पंजीयन (हाँ/नहीं)	पंजीयन की तारीख	पंजीयन क्रमांक
			पंजीयन की वैधता दिनांक

शैक्षणिक योग्यता (10वीं, 12वीं, स्नातक, स्नात्कोत्तर के सभी वर्षों के अंक सूची का विवरण एवं अन्य शैक्षणिक योग्यता का क्रमशः विवरण देवे)						
14	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि. का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	
14.1						
14.2						
14.3						
14.4						
14.5						
14.6						
14.7						
14.8						
14.9						
15	अनुभव (कार्यानुभव जिस संस्था का है, सही का निशान लगायें)			1. शासकीय	2. अर्द्धशासकीय	3. निजी संस्था
	पद नाम (जिस पद में कार्यानुभव है का नाम लिखें)	विभाग/संस्था का नाम	नियुक्ति आदेश क्रमांक	कब से कब तक (Day/Month/Year)	कब से कब तक (Day/Month/Year)	मासिक वेतन (रूपये में)
15.1						
15.2						
15.3						
15.4						
16	विकलांग (हाँ/नहीं)					
17	शुल्क का विवरण	शुल्क की राशि :-		ट्रांजेक्शन/रिफरेंस नं.:-		

// घोषणा पत्र //

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये समस्त विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार पूर्णतः सत्य है। कोई भी जानकारी असत्य पाये जाने की स्थिति में मेरा चयन निरस्त करने एवं मेरे विरुद्ध की जाने वाली अनुशासनात्मक/वैधानिक कार्यवाही मुझे मान्य होगी।

दिनांक : _____

स्थान : _____

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम:.....