

आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला-कबीरधाम (छ.ग.)

नवीनतम स्व
हस्ताक्षरित
पासपोर्ट साईज
फोटो।

1. आवेदित पद क्र.
2. आवेदित पद का नाम
3. आवेदक/आवेदिका का पूरा नाम
4. पिता/पति का नाम
5. माता का नाम
6. (अ) जन्म तिथि (अंको में)
- (ब) आयु 1 जनवरी 2025 की स्थिति में आयु : वर्ष.....माह.....दिन.....
(प्रमाण पत्र संलग्न करें)
7. संबंधित काउंसिल का नाम
- जीवित पंजीयन क्रमांक
8. निवास प्रमाण पत्र संलग्न (हाँ/नहीं)
- मूल निवास जिला
9. पत्र व्यवहार का पता
- पिन
- दूरभाष/मो.नं.
- ई मेल पता
10. स्थायी पता
11. जाति (अना./अ.पि.व./अनु.जाति/अनु.जनजाति)
12. लिंग (पुरुष, महिला, अन्य)
11. वैवाहित स्थिति
12. शैक्षणिक एवं तकनीकी योग्यता

क्र.	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि. का नाम	विषय	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत



13. यदि संबंधित क्षेत्र में कार्य का वांछित अनुभव हैं, अनुभव का विवरण निम्नलिखित देवें:-
(निजी संस्था का या अपूर्ण अनुभव प्रमाण पत्र मान्य नहीं किया जावेगा)

क्र.	संस्था का नाम	पदनाम	अनुभव तिथि			नियोक्ता द्वारा जारी अनुभव/आनापत्ति प्रमाण पत्र क्रमांक व दिनांक
			दिनांक से	दिनांक तक	कुल वर्ष	

14. क्या आप दिव्यांग (निःशक्त) है
यदि हाँ तो दिव्यांगता का प्रतिशत एवं
दिव्यांगता का प्रकार (अस्थि/श्रवण/दृष्टि आदि)
15. दिव्यांग होने की स्थिति में सक्षम अधिकारी
द्वारा जारी प्रमाण पत्र का क्रमांक/दिनांक (प्रमाण पत्र संलग्न करें)
16. डिमाण्ड ड्राफ्ट का विवरण :-
1. डी.डी. क्र..... 2. राशि.....
3. बैंक का नाम 4. डी.डी. जारी दिनांक

17. संलग्न सहपत्र :-

1..... 2.....
3..... 4.....
5..... 6.....
7..... 8.....
9..... 10.....
11..... 12.....

//घोषणा पत्र//

मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त आवेदन पत्र में दी गई संपूर्ण जानकारी सत्य एवं सही है। मैं सहमति देता देती हूँ कि किसी भी स्तर पर जानकारी असत्य पाये जाने पर मुझे चयन/सेवा से वंचित किया जा सकता है एवं मेरे विरुद्ध वैधानिक कार्यवाही करने का पूर्ण अधिकार होगा।

स्थान:-

दिनांक :-



आवेदक/आवेदिका
का नाम व हस्ताक्षर