



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

E-mail ID:- nhmbalodabazaar@gmail.com

Tel.phone Unit. -07727-223550



आवेदन पत्र का मान्य 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

क.	स.क. (केवल कार्यालय उपयोग हेतु)				
1	अभ्यर्थी का नाम (हिन्दी में)				
	(अंग्रेजी के कैपिटल अक्षर में)				
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 (8 वीं/10+2 के अंकसूची के आधार पर)	अंको में			
		शब्दों में			
		दिनांक 01/01/2023 की स्थिति में आयु (Day/Month/Year)			
9	वर्ग	अभ्यर्थी का संवर्ग/जाति लिखें :-			
10	आवेदित पद हेतु संवर्ग (सही का निशान लगायें)	जिस संवर्ग/जाति हेतु आवेदन कर रहे हैं :- अनारक्षित/अ.पि.वर्ग/अनु.जाति./अनु.जन.जाति			
11	छ.ग. निवासी (हाँ/नहीं)				
12	निवासी जिला का नाम				
13	रोजगार कार्यालय में जीवित पंजीयन (हाँ/नहीं)	रोजगार कार्यालय का नाम	पंजीयन दिनांक	पंजीयन क्रमांक	पंजीयन की वैधता दिनांक

14	योग्यता अनुसार संबंधित काउंसिल में जीवित पंजीयन (हाँ/नहीं)	पंजीयन संस्था का नाम	पंजीयन की तारीख	पंजीयन क्रमांक	पंजीयन की वैधता दिनांक
15	शैक्षणिक योग्यता (10+2, 12 वीं स्नातक+स्नातकोत्तर के सभी वर्षों के अंक सूची का विवरण एवं अन्य शैक्षणिक योग्यता का क्रमशः विवरण दें)				
	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि. का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक
15.1					
15.2					
15.3					
15.4					
15.5					
15.6					
15.7					
15.8					
16	अनुभव (कार्यानुभव किस प्रकार के संस्था का है, सही का निशान लगायें)		शासकीय /	अर्द्धशासकीय /	निजी संस्था
	पद नाम (जिस पद में कार्यानुभव है का नाम लिखें)	विभाग/संस्था का नाम	नियुक्ति आदेश क्रमांक	कब से (Day/Month/Year)	कब तक (Day/Month/Year)
16.1					
16.2					
16.3					
16.4					
17	दिव्यांग (हाँ/नहीं)	यदि हाँ तो दिव्यांगता का प्रकार/प्रतिशत (मेडिकल बोर्ड द्वारा जारी दिव्यांग प्रमाण पत्र अनुसार)		

// घोषणा पत्र //

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये समस्त विवरण मेरे/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:.....

9