



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



E-mail ID: nhmbbrec2020@gmail.com

Tel.phone Unit. -07727-223550

आवेदन पत्र का मान्य प्रारूप

आवेदित पद क्रमांक पदनाम

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					
2	पिता/पति का नाम					
3	पत्र व्यवहार का पता					
4	मोबाईल नंबर					
5	ईमेल-आईडी					
6	लिंग (पुरुष/महिला/अन्य)					
7	जन्मतिथि विवरण (10 वीं के अंकसूची के आधार पर)	अंको में				
		शब्दों में				
		दिनांक 01/01/2021 की स्थिति में आयु (Day/Month/Year)				
8	छ.ग. निवासी (हैं/नहीं)					
9	निवासी जिला का नाम					
10	योग्यता अनुसार संबंधित काउंसिल में जीवित पंजीयन (हैं/नहीं)	पंजीयन की तारीख	पंजीयन क्रमांक			
11	शैक्षणिक योग्यता (पदों में मांगे गए शैक्षणिक योग्यता के अनुरूप 5वीं, 8वीं, 10वीं, 12वीं, स्नातक+स्नातकोत्तर के सभी वर्षों के अंक सूची का विवरण एवं अन्य शैक्षणिक योग्यता का क्रमशः विवरण दें)	बोर्ड/वि.वि. का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत
		परीक्षा का नाम				
11.1						
11.2						

[Signature]

11.3						
11.4						
11.5						
11.6						
11.7						
11.8						
11.9						
11.10						
अनुभव का विवरण :-						
12	पद नाम	विभाग/संस्था का नाम	नियुक्ति आदेश क्रमांक	कब से (Day/Month/Year)	कब तक (Day/Month/Year)	मासिक वेतन (रूपये में)
12.1	शासकीय संस्था का विवरण					
12.2	निजी संस्था का विवरण					

// 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:.....

Handwritten signature