

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला कबीरधाम छत्तीसगढ़

विषय :- द्वितीय दावा-आपत्ति प्रस्तुत करने विषयक।

—00—

1	आवेदन क्रमांक (Application_No.)	
2	आवेदक का पूरा नाम (हिन्दी में)	
3	आवेदक का पूरा नाम (अंग्रेजी के केपिटल लेटर में)	
4	पिता/पति का नाम	
5	दावा-आपत्ति का संक्षिप्त विवरण	
6	संलग्न दस्तावेज	

नोट:- अभ्यार्थी उपरोक्तानुसार जानकारी के साथ दावा-आपत्ति का पूर्ण विवरण एवं उक्त संबंध में संबंधित दस्तावेज संलग्न कर स्वयं हस्ताक्षरित प्रति स्कैन कर संबंधित पद के लिए ई-मेल आई.डी.

(cmho12kabirdham@gmail.com) में ही भेजा जाना सुनिश्चित करें।

आवेदक का हस्ताक्षर