

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला-दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा

विषय :- 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 :- अभ्यर्थी 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 ई-मेल आई. डी. cmhodntmpw2020@gmail.com में ही भेजा जाना सुनिश्चित करें।

आवेदक का हस्ताक्षर