

आवेदन -पत्र

प्रति,

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

स्वप्रमाणित पासपोर्ट
आकार का नवीनतम
आयाचित्र संलग्न करें।

आपका विज्ञापन दिनांक में विज्ञापित पद (पद का नाम.....)के लिए मैं
अपना आवेदन प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ।)

1. आवेदक/आवेदिका का नाम :
2. पिता/पति का पूरा नाम :
3. जन्मतिथि (अंकों में) :
- (शब्दों में) :
4. आयु (दिनांक 01.01.2021 की स्थिति में) : वर्ष माह दिन
5. जाति (अजा/अजजा/अपिव/अना) (प्रमाण पत्र संलग्न करें):
6. स्थाई निवास का पूर्ण पता) :
- :
7. पत्र व्यवहार का वर्तमान पूर्ण पता एवं :
- फोन नं. :
- :
8. मेडिकल काउंसिल में पंजीयन) (प्रमाण पत्र संलग्न करें) :
- जीवित पंजीयन क्रमांक एवं दिनांक :
9. छ.ग. का मूल निवासी प्रमाण पत्र) (प्रमाण पत्र संलग्न करें):
10. कार्यानुभव :

क्र.	उत्तीर्ण परीक्षा का नाम	विषय	उत्तीर्ण करने का वर्ष	बोर्ड/ विश्वविद्यालय/ संस्था का नाम वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत
1							
2							
3							
4							

12. तकनीकी योग्यता :-

क्र.	उत्तीर्ण परीक्षा का नाम	विषय	उत्तीर्ण करने का वर्ष	बोर्ड/विश्वविद्यालय/संस्था का नाम वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत
1							
2							
3							

13. कार्य अनुभव का विवरण (दस्तावेज संलग्न करें) :-

क्र.	कार्यालय का नाम	पदनाम	कार्यावधि	टिप्पणियाँ
1				
2				
3				

14. संलग्न सत्यापित सह पत्रों की विवरण

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |
| 7. | 8. |

घोषणा पत्र

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि ऊपर वर्णित जानकारी एवं आवेदन पत्र में संलग्न समस्त सहपत्र मेरी जानकारी में पूर्णतः सत्य है। कोई भी जानकारी असत्य, फर्जी अथवा झूठा पाये जाने पर मेरा/मेरी आवेदन को निरस्त करते हुए मुझे पर कानूनी कार्यवाही करने का अधिकार चयन समिति को होगा, जो मुझे मान्य है।

आवेदक/आवेदिका के पूर्ण हस्ताक्षर

नाम :

पूर्ण पता: