

कार्यालय, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला जशपुर, छ.ग.  
(जिला कार्यक्रम प्रबंधन ईकाई)

( [dpmu.jas@gmail.com](mailto:dpmu.jas@gmail.com), [cmohealth@gmail.com](mailto:cmohealth@gmail.com), [ddojashpur@gmail.com](mailto:ddojashpur@gmail.com) )

Ph No 07763223375, Fax No- 07763220654



प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी  
जिला जशपुर (छ0ग0)

विषय:- दावा-आपत्ति प्रस्तुत करने विषयक।

—00—

1	पदनाम	
2	आवेदन पंजीयन क्रमांक (ऑनलाईन आवेदन में अंकित Registration ID)	
3	अभ्यर्थी का नाम	
4	पिता/पति का नाम	
5	पात्र/अपात्र सूची में अंकित रिमार्क	
6	आपत्ति का विवरण	
7	संलग्न दस्तावेज	

टीप:- उक्त जानकारी पूर्ण करते हुए दावा-आपत्ति प्रस्तुत करना सुनिश्चित करें।

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर



— मारक पहनें, 2-गज की दूरी अपनाएं, साबुन से हाथ धोएं —

