

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

Phone No. 07706-241445

Email Id : Cmogariaband@yahoo.in

क्रमांक/स्था./अवि./2020/

9487

गरियाबंद दिनांक 05-10-2020

—: सूचना :-

विषय :- संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,छ.ग. अन्तर्गत ग्रामीण स्वास्थ्य संयोजक, (एमपीडब्ल्यू) पुरुष की रिक्त पदों पर नियमित नियुक्ति हेतु अनंतिम मेरिट सूची प्रकाशन कर दावा आपत्ति आमंत्रित करने के संबंध में।

उपरोक्त विषयान्तर्गत स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, छत्तीसगढ़ शासन संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें छ.ग. अन्तर्गत ग्रामीण स्वास्थ्य संयोजक, (एमपीडब्ल्यू) पुरुष के रिक्त पदों का भरे जाने हेतु छत्तीसगढ़ शासन स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय के पत्र क्रमांक/एफ 1-60/202/17-एक दिनांक 27.07.2020 द्वारा 30 ग्रामीण स्वास्थ्य संयोजक, (एमपीडब्ल्यू) पुरुष के रिक्त पदों की पूर्ति हेतु सहमति/अनुमति उपरांत संचालनालय के पत्र क्रमांक/स्था.अवि./175/2020/585 A नवा रायपुर दिनांक 17.08.2020 द्वारा ग्रामीण स्वास्थ्य संयोजक, (एमपीडब्ल्यू) पुरुष के 30 पदों के पूर्ति हेतु विज्ञापन प्रकाशित कर दिनांक 17.08.2020 से 30.08.2020 तक ऑनलाईन आवेदन विभागीय वेबसाइट [www.cghealth.nic.in](http://www.cghealth.nic.in) पर आमंत्रित किये गये थे।

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला-गरियाबंद द्वारा ऑनलाईन प्राप्त आवेदनों का परीक्षण चयन समिति का बैठक आयोजित कर किया गया। परीक्षण उपरांत प्रारंभिक अनंतिम मेरिट सूची तैयार कर अभ्यर्थियों का अवलोकन एवं दावा आपत्ति हेतु जिले के वेबसाइट [www.gariaband.gov.in](http://www.gariaband.gov.in) एवं [www.cghealth.nic.in](http://www.cghealth.nic.in) पर सूची का प्रकाशन किया गया है।

अतः उपरोक्त अनंतिम मेरिट सूची में यदि किसी अभ्यर्थी को दावा आपत्ति करना है तो अभ्यर्थी अपना दावा आपत्ति निर्धारित प्रारूप जो कि इस पत्र के साथ संलग्न है। निर्धारित प्रारूप में संलग्न कर ई-मेल आईडी mpwdawaaapti2020gar@gmail.com में दिनांक 06.10.2020 से 13.10.2020 तक कार्यालयीन समय शाम 5:00 बजे तक स्वप्रमाण दस्तावेज संलग्न करते हुए दावा-आपत्ति प्रस्तुत कर सकते हैं। उपरोक्त ई-मेल आईडी के अतिरिक्त किसी भी अन्य माध्यम से दावा आपत्ति स्वीकार नहीं किये जायेंगे।

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

प्रति

मुख्य चिकित्सक एवं स्वास्थ्य अधिकारी  
जिला शरियाबाद..... छत्तीसगढ़।

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 हॉस्पिटल 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. में ही भेजा जाना सुनिश्चित करें।

आवेदक का हस्ताक्षर