

आवेदित पद का नाम.....

आवेदन पत्र का मान्य प्रारूप

सत्यापित फोटोग्राफ

प्रति,

श्रीमान् मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला -बलौदाबाजार-भाटापारा (छ.ग.)

01. आवेदक का पूरा नाम (हिन्दी में) _____
अंग्रेजी में _____
02. पिता/पति का नाम _____
03. अ) जन्म तिथि अंकों में (दिनांक:तारीख/माह/वर्ष) _____
ब) शब्दों में _____
स) दिनांक 01.01.2017 की स्थिति में आयु _____
04. डिमांड ड्राफ्ट: (संलग्न है/नहीं उल्लेख करें) _____
05. शैक्षणिक एवं तकनीकी योग्यता: _____

क्र.	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि. का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष	कुल अंक	प्राप्तांक	प्रतिशत

06. कार्यानुभव (यदि हाँ तो उल्लेख करें एवं प्रमाण पत्र लगावें) :- _____

क्र.	पदनाम	कार्यालय का नाम	कब से (दिनांक:तारीख/माह/वर्ष)	कब तक (दिनांक:तारीख/माह/वर्ष)

07. पत्र व्यवहार का वर्तमान पूर्ण पता:- _____
08. स्थायी पता:- _____
09. दूरभाष/मोबाईल नंबर:- _____
10. ई मेल आई डी:- _____
11. रोजगार कार्यालयका नाम एवं जीवित पंजीयन कमांक एवं दिनांक (सत्यापित प्रति संलग्न करें):- _____
12. क्या आप शासन द्वारा मान्य अजा/अजजा/अपिव के सदस्य हैं? यदि हाँ तो उल्लेख करें। _____

13. क्या आवेदक छ.ग. राज्य का मूल निवासी है? (यदि हां तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी मूल निवास प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।) विकासखण्ड का नाम:.....
जिले का नाम:.....
14. क्या आवेदक विवाहित है ? हां/नहीं _____
15. यदि विवाहित है तो विवाह की तिथि _____
16. जीवित संतान की संख्या:- _____
17. यदि दो से अधिक जीवित संतान है तब अंतिम संतान की जन्मतिथि:- _____
18. यदि आप शासकीय/अर्द्धशासकीय संस्था में कार्यरत हो तो विवरण (नियोक्ता का अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न करें):- _____
20. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची:
- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

// घोषणा पत्र //

मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि इस प्रपत्र में दिये गये समस्त विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार पूर्णतः सत्य है। कोई भी जानकारी असत्य पाये जाने की स्थिति में मेरा चयन निरस्त करने एवं मेरे विरुद्ध की जाने वाली अनुशासनात्मक/वैधानिक कार्यवाही मुझे मान्य होगी।

दिनांक : _____

स्थान : _____

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम:.....

