

आवेदन पत्र का प्रारूप

पासपोर्ट
साईज फोटा

प्रति,

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

आवेदित पद का नाम

कार्यक्रम का नाम (जिसके तहत आवेदन किया जा रहा है।)

1. आवेदक/आवेदिका का पूरा नाम (हिन्दी में) :
- (अंग्रेजी के केपिटल अक्षर में) :
2. पिता/पति का नाम :
3. माता का नाम :
4. (अ) जन्म तिथि (अंकों में) :
- (ब) आयु 1 जनवरी 2020 की स्थिति में वर्ष माहदिन
5. जाति (सामान्य/अनु.जाति./जनजाति/अ.पि.वर्ग) :
- (सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण संलग्न करें।)
6. छत्तीसगढ़ का स्थानीय निवासी है या नहीं :
- (सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण संलग्न करें।)
7. स्थायी निवास का पता :
- :
- :
- :
8. वर्तमान पत्र व्यवहार का पता :
- :
- :
- :
- मोबाईल वाट्सअप नं.
- ई-मेल आईडी
9. मेडिकल कौंसिल/कौंसिल का नाम :
- पंजीयन क्रमांक एवं दिनांक :
- :
- :

//2//

10. शैक्षणिक योग्यता : (वांछित शैक्षणिक योग्यता का ही विवरण भरा जावे।)

क्र.	उत्तीर्ण परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि./संस्थान	उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्तांक / पूर्णांक	प्रतिशत

11. अनुभव - (केवल शासकीय निकाय द्वारा जारी नियुक्ति आदेश के आधार पर पूर्ण कालिक ही मान्य होंगे।)

क्र.	संस्था का नाम	पदनाम	वेतनमान	कार्यकाल	अनुभव वर्ष
1					
2					
3					
कुल अनुभव					

12. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची :-

1. 2. 3.
4. 5. 6.
7. 8. 9.

आवेदक/आवेदिका का हस्ताक्षर

घोषणा पत्र

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र में प्रस्तुत समस्त विवरण एवं संलग्न अभिलेख मेरी व्यक्तिगत जानकारी और विश्वास के अनुसार पूर्णतः सत्य है। यदि कोई भी जानकारी/अभिलेख असत्य पाई जाती है तो मेरी उम्मीदवारी/नियुक्ति निरस्त किये जाने योग्य होगी एवं मेरे विरुद्ध वैधानिक कार्यवाही की जा सकेगी। जिसके विरुद्ध दावा प्रस्तुत करने का अधिकार मुझे नहीं होगा।

स्थान :-

दिनांक :-

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर