

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 2023 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. क्या आवेदक दिव्यांग है ? :
- 7.1 दिव्यांगता का प्रतिशत एवं प्रकार :
8. भूतपूर्व सैनिक हों/नहीं :
- (सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण संलग्न करें।)
9. स्थायी निवास का पता :
- :
- :
- :
10. वर्तमान पत्र व्यवहार का पता :
- :
- :
- :
- मोबाईल/दूरभाष नं.
- ई-मेल आईडी
11. मेडिकल कौंसिल का नाम :
- पंजीयन क्रमांक एवं दिनांक :

✓

//2//

12. 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

13. 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

14. संलग्न डिमांड ड्राफ्ट का क्रमांक व दिनांक राशि.
बैंक का नाम

15. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची :-

1. 2. 3.
4. 5. 6.
7. 8. 9.
10. 11. 12.

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

✓