

आवेदन पत्र

प्रति,

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

स्व प्रमाणित
पासपोर्ट साईज
फोटो चस्पा
करें

01. आवेदित पद का नाम :-.....
02. आवेदक का पुरा नाम (हिन्दी में) :-.....
(अंग्रेजी के कैपिटल अक्षर में) :-.....
03. पिता/पति का नाम :-.....
04. जन्मतिथि (अंको में) :-.....
शब्दों में :-.....
05. दिनांक 01/01/2023 की स्थिति में आयु वर्ष माह.....दिन.....
06. रोजगार कार्यालय का नाम :-.....
पंजीयन क्रमांक व दिनांक :-.....
07. वर्तमान पता :-.....
:-.....
:-.....
:-.....
- मोबाइल नंबर :-.....
- ई-मेल आईडी :-.....
08. स्थाई पता :-.....
:-.....
:-.....
09. जाति-अना./अजा/अजजा/अपिव :-.....
10. बैंक डिमांड ड्राफ्ट जारी करने वाले बैंक का नाम :-.....
10.1 बैंक डिमांड ड्राफ्ट क्रमांक दिनांक राशि
11. लिंग (महिला/पुरुष) :-.....
12. क्या शासकीय या अर्द्धशासकीय संस्था में कार्यरत है :-.....
13. शैक्षणिक योग्यता :-

क्र.	परीक्षा का नाम	विषय	बोर्ड/वि.वि.नाम	परीक्षा उत्तीर्ण करने का वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत
01	02	03	04	05	06	07	08

14. तकनीकी योग्यता :-

क्र.	परीक्षा का नाम	विषय	बोर्ड/वि.वि.नाम	परीक्षा उत्तीर्ण करने का वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत
01	02	03	04	05	06	07	08

15. कार्यानुभव (यदि हो तो उल्लेख करें) :-

क्र.	कार्यालय का नाम	पदनाम	कार्यावधि	रिमांक

संलग्न दस्तावेज की सूची:-

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

आवेदक का हस्ताक्षर

घोषणा पत्र

"मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य एवं पूर्ण है तथा आवेदित पद के लिए मैं निर्धारित योग्यता रखता/रखती हूँ। मुझे जानकारी है कि इसमें दी गई जानकारी या सूचना गलत, असत्य, अपूर्ण पायी जाने पर उक्त पद हेतु मेरी उम्मीदवारी रद्द या निरस्त की जा सकती है एवं मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही की जा सकती है, जो मुझे मान्य होगी।"

आवेदक का हस्ताक्षर

स्थान... ..

नाम _____

दिनांक.....

पता _____

