कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला–बलौदाबाजार–भाटापारा (छ.ग.)

E-mail ID:- nhmbalodabazaar@gmail.com Tel.phone Unit. -07727-223550

आवेदन पत्र का मान्य प्रारूप

आवेदित पद का नाम .....

स्वंय का फोटोग्राफ चस्पा कर स्वःप्रामाणित करें

प्रति,

श्रीमान् मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला –बलौदाबाजार–भाटापारा (छ.ग.)

क.	स.क. (केवल कार्यालय उपयोग हेतु)				
1	अभ्यर्थी का नाम (हिन्दी में)				
	(अंग्रेजी के कैपिटल अक्षर में)				
2	पिता/पति का नाम				
3	स्थायी पता				
4	पत्र व्यवहार का पता				
5	मोबाईल नंबर				
6	ईमेल–आईडी				
7	लिंग (पुरूष/महिला/अन्य)				
8	जन्मतिथि विवरण (8वीं/10वीं के अंकसूची के आधार पर)	अंको में			
		शब्दों में			
		दिनांक 01/01/2025 की स्थिति में आयु (Day/Month/Year)			
9	वर्ग	अभ्यर्थी का संवर्ग/जाति लिखें :–			
10	आवेदित पद हेतु संवर्ग	जिस संवर्ग/जाति हेतु आवेदन कर रहे है (सही का निशान लगायें) :– अनारक्षित /अ.पि.वर्ग /अनु.जाति. /अनु.जन.जाति			
11	छत्तीसगढ़ निवासी (हाँ/नहीं)				
12	निवासी जिला का नाम				
13	रोजगार कार्यालय में जीवित पंजीयन (हाँ/नहीं)	रोजगार कार्यालय का नाम	पंजीयन दिनांक	पंजीयन कमांक	पंजीयन की वैद्यता दिनांक

14	योग्यता अनुसार संबंधित काउंसिल में जीवित पंजीयन (हाँ/नहीं)	पंजीयन संस्था का नाम	पंजीयन की तारीख	पंजीयन कमांक	पंजीयन की वैद्यता दिनांक

15	**शैक्षणिक योग्यता** (8वीं, 10वीं, 12वीं स्नातक + स्नात्कोत्तर के सभी वर्षों के अंक सूची का विवरण एवं अन्य शैक्षणिक योग्यता का कमशः विवरण देवें)				
	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि. का नाम	उत्तीर्ण वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक
15.1					
15.2					
15.3					
15.4					
15.5					
15.6					
15.7					
15.8					

16	**अनुभव (कार्यानुभव किस प्रकार के संस्था का है, सही का निशान लगायें)**			**शासकीय /**	**अर्द्धशासकीय /**	**निजी संस्था**
	पद नाम (जिस पद मे कार्यानुभव है का नाम लिखें)	विभाग/संस्था का नाम	नियुक्ति आदेश कमांक	कब से (Day/Month/ Year)	कब तक (Day/Month/ Year)	मासिक वेतन (रूपये में)
16.1						
16.2						
16.3						
16.4						

//घोषणा पत्र//

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ 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 विरूद्ध की जाने वाली अनुशासनात्मक/वैधानिक कार्यवाही मुझे मान्य होगी।

दिनांक :————————

स्थान :————————

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम:.....