

## आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

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

01. आवेदित पद का नाम : .....
02. आवेदक का पूरा नाम : .....
03. पिता / पति का नाम : .....
04. जन्म तिथि : .....
05. दिनांक 01/01/2022 की स्थिति में आयु : वर्ष..... माह..... दिन.....
06. जाति / वर्ग : सामान्य  अ.ज.जा.  अ.जा.  अ.पि.व.   
(उच्च स्तरीय छानबीन समिति द्वारा सत्यापित जाति प्रमाण पत्र संलग्न करें)
07. वर्तमान पूर्ण पता पिनकोड सहित : .....
08. स्थाई पता पिनकोड सहित : .....
09. मोबाईल नं. : .....
10. डी.डी.क्रमांक..... दिनांक ..... जारीकर्ता बैंक का नाम.....
11. शैक्षणिक एवं तकनीकी योग्यता

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

12. कार्यानुभव (प्रमाण पत्र संलग्न करें)

क्र.	संस्था का नाम	पदनाम	अनुभव अवधि		कुल अनुभव (माह)	टिप्पणी
			दिनांक से	दिनांक तक		

मैं प्रमाणित करता /करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी एवं विश्वास के साथ पूर्णतः सत्य है । इनमें किसी भी प्रकार की त्रुटि पाई जाने की स्थिति में मेरा चयन निरस्त करने एवं मेरे विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही करने पर मुझे मान्य होगी ।  
संलग्न प्रमाणित दस्तावेजों की सूची

- |        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 1..... | 2..... | 3..... |
| 4..... | 5..... | 6..... |

स्थान :.....  
दिनांक :.....

आवेदक /आवेदिका का हस्ताक्षर  
पूरा नाम व पता