

— आवेदन पत्र प्रारूप —

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा

आवेदक के
पासपोर्ट साईज
का फोटो
अभिप्रमाणित कर
चस्पा करें।

आवेदित पद का नाम.....

- 1 आवेदक/आवेदिका का नाम (हिन्दी में) :
- (अंग्रेजी में) :
- 2 पिता/पति का नाम :
- 3 जाति :
4. जन्म तिथि :
5. आयु दिनांक 01.01.2023 : वर्ष..... माह..... दिन.....
(प्रमाण पत्र/अंकसुची की सत्यापित प्रति संलग्न करें)
6. पत्र व्यवहार का पता :
7. स्थायी पता :
- 8 मो.नं. व ई-मेल आई.डी. :
9. रोजगार कार्यालय का जीवित पंजीयन क्रमांक :दिनांक.....
(सत्यापित छाया प्रति)
10. लिंग (महिला/पुरुष) :
11. क्या आवेदक छ.ग. राज्य का मूल निवासी है:
- यदि हां तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।
12. क्या आवेदक छ.ग. शासन द्वारा छ.ग. राज्य :
- के लिए घोषित अनुसूचित जाति/जनजाति/अन्य पिछड़ा वर्ग का सदस्य है हां/नहीं
यदि हां तो समक्ष अधिकारी द्वारा जाति प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।
13. क्या आवेदक दिव्यांग है :
14. यदि हां तो दिव्यांग का प्रकार एवं प्रतिशत:
- (मेडिकल बोर्ड का प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें)
15. क्या आवेदक विवाहित है? हां/नहीं :
- यदि हां तो विवाह की तिथि :
16. जीवित बच्चों की संख्या एवं जन्मतिथि :



