

प्रधानाचार्य, शासकीय धन्वन्तरि आयुर्वेद चिकित्सा महाविद्यालय उज्जैन (म.प्र.)



www.ayucollegeujjain.edu.in  
E-mail: ayucollegeujjain-mp@mp.nic.in

College (0734-2580895)  
Hospital (0734-2554581)

आयुष जन स्वास्थ्य कार्यक्रम हेतु आयुष चिकित्सक परियोजना के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप

नवीनतम  
पासपोर्ट  
साइज का  
फोटो

01. आवेदन शुल्क (रु.300/-) नगद जमा की रसीद/डिमाण्ड ड्राफ्ट नं:-.....दिनांक.....
02. आवेदित पद का नाम (वरीयता क्रम में) 1. .... 2. ....  
3. ....
03. आवेदनकर्ता/अभ्यर्थी का नाम .....
04. पत्र व्यवहार का पूर्ण पता मय मोबाईल नम्बर एवं ई-मेल .....
05. जन्म तिथि (अंकों में) .....
06. धर्म:- ..... जाति :-.....
07. शैक्षणिक योग्यता .....

क्र.	शैक्षणिक योग्यता	बोर्ड/ विश्वविद्यालय का नाम	उत्तीर्ण वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत

08. कार्यानुभव का विवरण -

क्र.	धारित पद का नाम	संस्था/ विभाग का नाम	कार्य प्रारंभ करने की तिथि	कार्य समाप्ति की तिथि	कार्य का प्रकार

09. अन्य .....
10. संलग्न प्रमाण पत्र .....

वचन पत्र

मैं ..... पिता श्री ..... शपथ पूर्वक कथन करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदत्त जानकारी सत्य एवं प्रमाणित है। उक्त जानकारी में किसी भी प्रकार की असत्यता पाई जाती है तो मेरा आवेदन निरस्त करने का अधिकार संस्था का होगा। जिसकी सम्पूर्ण जिम्मेदारी मेरे स्वयं की होगी।

दिनांक:-

आवेदक का नाम एवं हस्ताक्षर

प्रधानाचार्य, शासकीय धन्वन्तरि आयुर्वेद चिकित्सा महाविद्यालय उज्जैन (म.प्र.)



www.ayucollegeujjain.edu.in  
E-mail: ayucollegeujjain-mp@mp.nic.in

College (0734-2580895)  
Hospital (0734-2554581)

आयुष जन स्वास्थ्य कार्यक्रम हेतु बहुउद्देशीय कार्यकर्ता परियोजना के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप

01. आवेदन शुल्क (रु.200/-) नगद जमा की रसीद/डिमाण्ड ड्राफ्ट नं:-.....दिनांक.....
02. आवेदित पद का नाम (वरीयता क्रम में) 1. .... 2. ....  
3. ....
03. आवेदनकर्ता/अभ्यर्थी का नाम .....
04. पत्र व्यवहार का पूर्ण पता मय मोबाईल नम्बर एवं ई-मेल .....
05. जन्म तिथि (अंकों में) .....
06. धर्म:- ..... जाति :-.....
07. शैक्षणिक योग्यता .....

नवीनतम  
पासपोर्ट  
साइज का  
फोटो

क्र.	शैक्षणिक योग्यता	बोर्ड/ विश्वविद्यालय का नाम	उत्तीर्ण वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत

08. कार्यानुभव का विवरण -

क्र.	धारित पद का नाम	संस्था/ विभाग का नाम	कार्य प्रारंभ करने की तिथि	कार्य समाप्ति की तिथि	कार्य का प्रकार

09. अन्य .....
10. संलग्न प्रमाण पत्र .....

वचन पत्र

मैं ..... पिता श्री ..... शपथ पूर्वक कथन करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदत्त जानकारी सत्य एवं प्रमाणित है। उक्त जानकारी में किसी भी प्रकार की असत्यता पाई जाती है तो मेरा आवेदन निरस्त करने का अधिकार संस्था का होगा। जिसकी सम्पूर्ण जिम्मेदारी मेरे स्वयं की होगी।

दिनांक:-

आवेदक का नाम एवं हस्ताक्षर