



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

E-mail ID: cmhobb2012@gmail.com

Tel.phone Unit. -07727-223550



आवेदन पत्र का मान्य प्रारूप

आवेदित पद कमांक पदनाम.....

प्रति,

श्रीमान् मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला-बलौदाबाजार-भाटापारा (छ.ग.)

स्वयं का फोटोग्राफ
चस्पा कर राजपत्रित
अधिकारी/
स्व-प्रामाणित करें

क.	स.क. (केवल कार्यालय उपयोग हेतु)		
1	अभ्यर्थी का नाम (हिन्दी में)		
	(अंग्रेजी के कैपिटल अक्षर में)		
2	पिता/पति का नाम		
3	पत्र व्यवहार का पता		
4	मोबाईल नंबर		
5	ईमेल-आईडी		
6	लिंग (पुरुष/महिला/अन्य)		
7	जन्मतिथि विवरण (08 वीं/10 वीं के अंकसूची के आधार पर)	अंको में	
		शब्दों में	
		दिनांक 01/01/2023 की स्थिति में आयु (Day/Month/Year)	
8	जाति		
9	छत्तीसगढ़ निवासी (हाँ/नहीं)		
10	निवासी जिला एवं विकासखण्ड का नाम		

9

11	योग्यता अनुसार संबंधित काउंसिल का जीवित पंजीयन (हाँ/नहीं)	पंजीयन की तारीख	पंजीयन क्रमांक			
12	शैक्षणिक योग्यता (पद में मांगे गए शैक्षणिक योग्यता के अनुरूप समस्त वर्षों के अंक सूची का विवरण एवं अन्य शैक्षणिक योग्यता का क्रमशः विवरण दें)					
	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि. का नाम	उत्तीर्ण होने का वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत
12.1						
12.2						
12.3						
12.4						
12.5						

//घोषणा पत्र//

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये समस्त विवरण मेरे/मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार पूर्णतः सत्य है। कोई भी जानकारी असत्य पाये जाने की स्थिति में मेरा चयन निरस्त करने एवं मेरे विरुद्ध की जाने वाली अनुशासनात्मक/वैधानिक कार्यवाही मुझे मान्य होगी।

दिनांक : _____

स्थान : _____

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम:.....