



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 .....  
प्रति,

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

स्वयं का फोटोग्राफ  
चस्पा कर  
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	स्थायी पता				
4	पत्र व्यवहार का पता				
5	मोबाईल नंबर				
6	ईमेल-आईडी				
7	लिंग (पुरुष/महिला/अन्य)				
8	ऊँचाई (केवल Security Guard पद हेतु)	सेन्टीमीटर में			
		अंको में			
		शब्दों में			
	दिनांक 01/01/2026 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 हैं (सही का निशान लगायें) :- अनारक्षित /अ.पि.वर्ग /अनु.जाति. /अनु.जन.जाति			
11	छ.ग. निवासी (हाँ/नहीं)				
12	निवासी जिला का नाम				
13	रोजगार कार्यालय में जीवित पंजीयन (हाँ/नहीं)	रोजगार कार्यालय का नाम	पंजीयन दिनांक	पंजीयन क्रमांक	पंजीयन की वैधता दिनांक
14	योग्यता अनुसार संबंधित काउंसिल में जीवित पंजीयन (हाँ/नहीं)	पंजीयन संस्था का नाम	पंजीयन की तारीख	पंजीयन क्रमांक	पंजीयन की वैधता दिनांक

शैक्षणिक योग्यता ( 8वीं, 10वीं, 12वीं स्नातक + स्नात्कोत्तर के सभी वर्षों के अंक सूची का विवरण एवं अन्य शैक्षणिक योग्यता का क्रमशः विवरण दें)						
15	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	कार्यानुभव का संस्था (सही का निशान लगायें)		शासकीय /	अर्द्धशासकीय /	निजी संस्था	
	पद नाम (जिस पद का कार्यानुभव है नाम लिखें)	विभाग/संस्था का नाम	नियुक्ति आदेश क्रमांक	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 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 : \_\_\_\_\_

*Handwritten signature*

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम:.....