

## आवेदन का प्रारूप

प्रति

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी  
जिला सूरजपुर छ0ग0

स्व. प्रमाणित  
पासपोर्ट साईज  
फोटो चस्पा करें

आवेदक का नाम .....

1. आवेदक का नाम  
(अंग्रेजी के कैपिटल अक्षर में)
2. पिता/पति का नाम
3. माता का नाम
4. (अ) जन्म तिथि (अंको में) .....
- (शब्दों में) .....
- (ब) आयु 1 जनवरी 2026 की स्थिति में वर्ष.....माह.....दिन.....
5. जति (सामान्य/अनु.जा./अनु.ज.जा./अ.पि.वर्ग)  
(स्वप्रमाणित प्रमाण पत्र संलग्न करें) .....
6. स्थायी निवास का पता .....
7. वर्तमान पत्र व्यवहार का पता .....
8. मोबाईल न. ....
9. ई-मेल आईडी .....
10. रोजगार कार्यालय का नाम एवं  
जीवित पंजी. क्र0/दिनांक .....
11. शैक्षणिक योग्यता-

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

12. तकनीकी/कम्प्यूटर योग्यता(प्रमाण पत्र संलग्न करें)

13. अनुभव-

क्र.	पदनाम	संस्था का नाम	कार्य अवधि		अनुभव
			कब से	कब तक	

14. अनापत्ति प्रमाण पत्र .....

15. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची(स्व सत्यापित संलग्न) 1.....2.....3.....  
4.....5.....6.....7.....8.....

आवेदक का हस्ताक्षर

घोषणा-पत्र

मैं ..... एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने भर्ती से संबंधित नियमों शर्तों को भली-भाँति पढ़ लिया है तथा इस आवेदन पत्र में मेरे द्वारा दी गई जानकारी पूर्णतः सत्य एवं पूर्ण है। जो किसी स्थिति में असत्य पाये जाने पर नियोक्ता द्वारा निरस्त की जा सकती है तथा भर्ती संबंधी मेरे सभी दावें समाप्त किये जा सकते हैं।

स्थान. ....

दिनांक .....

आवेदक का हस्ताक्षर