

प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,
गण्डकी प्रदेश, पोखरा

अस्थायी दरवन्दीमा चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मी छनौट सम्बन्धी मापदण्ड, २०७८ बमोजिम



करार सेवामा चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीको प्रतियोगितात्मक परीक्षाका लागि

दरखास्त फाराम

हालसालै खिचेको
पासपोर्ट साइजको
फोटो

(क) उम्मेदवारको दरखास्त फाराम सम्बन्धी विवरणः

- (१) विज्ञापन नं.: (२) आवेदन दिने पद :
- (३) तह : (४) सेवा गर्न चाहेको जिल्ला :
- (५) सेवा गर्न चाहेको अस्पताल/निकाय :
- (६) कार्यरत भए हाल कार्यरत अस्पताल/निकाय :

(ख) उम्मेदवारको वैयक्तिक विवरणः

- (१) नाम, थर (देवनागरिकमा) :
- (अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा) :
- (२) नागरिकता नं.: जारी गर्ने जिल्ला: जारी मिति:
- (३) जन्म मिति: (४) लिङ्गः
- (५) स्थायी ठेगानाः
जिल्ला न.पा./गा.पा. वडा नं. टोल
- (६) अस्थायी ठेगानाः
जिल्ला न.पा./गा.पा. वडा नं. टोल
- (७) फोन नं.: (अनिवार्य उल्लेख गर्नुपर्ने)*
- (८) इमेल ठेगानाः (अनिवार्य उल्लेख गर्नुपर्ने)*
- (९) बाबुको नाम, थरः
- (१०) आमाको नाम, थरः
- (११) बाजेको नाम, थरः

(ग) शैक्षिक योग्यता (आवश्यक न्यूनतम शैक्षिक योग्यता साथै माथिल्लो योग्यता भए सो समेत उल्लेख गर्ने):

क्र. सं.	शैक्षिक योग्यता	विश्वविद्यालय/ बोर्ड	शैक्षिक उपाधि	संकाय	श्रेणी	प्रतिशत	GPA	मूल विषय	कैफियत
१									
२									
३									

(घ) अनुभव सम्बन्धी विवरण:

क्र. सं.	कार्यालय / संस्था	पद	सेवा/ समुह	तह/ श्रेणी	स्थायी/ अस्थायी/ करार	अवधि		कुल अवधि (बर्ष/महिना)	कैफियत
						देखि	सम्म		
१									
२									
३									

मैले यस दरखास्तमा खुलाएका सम्पूर्ण विवरणहरू सत्य छन् । दरखास्त बुझाएको पदको विज्ञापनको लागि अयोग्य ठहरिने गरी कुनै सजाय पाएको छैन । कुनै कुरा ढाँटे वा लुकाएको ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिम सहनेछु/बुझाउनेछु । उम्मेदवारले पालना गर्ने भनी प्रचलित कानून तथा यस दरखास्त फारामका पृष्ठहरूमा उल्लेखित सबै शर्त तथा नियमहरू पालना गर्न मञ्जुर गर्दछु ।

(ङ) उम्मेदवारको दस्तखत:

उम्मेदवारको दस्तखत:
मिति:



(च) दरखास्त बुझ्ने सम्बन्धित कार्यालयको कर्मचारीले भर्ने:

(१) रसिद / भौचर नं. :	(२) दर्ता नं. :
दरखास्त अस्वीकृत भए सोको कारण:	
<u>दरखास्त रुजु गर्नेको:</u>	<u>दरखास्त स्वीकृत गर्नेको:</u>
नाम, थर:	नाम, थर:
दस्तखत:	दस्तखत:
मिति:	मिति: