



प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

गण्डकी प्रदेश, पोखरा

सेवा करारमा चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मी छनौट सम्बन्धि मापदण्ड २०७८

सेवा करारमा स्वास्थ्यकर्मीको प्रतियोगितात्मक परीक्षाका लागि

हालसालै
खिचेको पासपोर्ट
साइजको फोटो

दरखास्त फाराम

(क) उम्मेदवारले दरखास्त फाराम भरेको पद सम्बन्धि विवरण:

- (१) सचूना/विज्ञापन नं.: (२) आवेदन दिने पद :
- (३) तह: (४) सेवा/समहु :

(ख) उम्मेदवारको व्यक्तिगत विवरण:

- (१) नाम, थर (देवनागरिकमा):
- (अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा):
- (२) नागरिकता नं.: जारी गर्ने जिल्ला: जारी मिति:
- (३) जन्म मिति: (४) लिङ्ग:
- हालको उमेर: वर्ष..... महिना दिन
- (५) स्थायी ठेगाना: जिल्ला न.पा./गा.पा. वडा नं. टोल
- (६) अस्थायी ठेगाना: जिल्ला न.पा./गा.पा. वडा नं. टोल
- (७) फोन नं.: (८) इमेल ठेगाना:
- (९) बुबाको नाम, थर:
- (१०) आमाको नाम, थर:
- (११) बाजेको नाम, थर:

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

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

(घ) अनुभि सम्बन्धि विवरण:

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

मैलेयस दरखास्तमा खलुएका सम्पूर्ण विवरणहरू सत्य छन् । दरखास्त बुझाएको पदको विज्ञापनको लागि अयोग्य ठहरिने गरी कुनैसजाय पाएको छैन । कुनैकुरा ढाँटे वा लकाएको ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिम सहनेछु/बुझाउनेछु । उम्मेदवारले पालना गर्ने भनी प्रचलित कानून तथा यस दरखास्त फारामका पष्ठहरूमा उल्लेखित सबै शर्त तथा नियमहरू पालना गर्न मञ्जुर गर्दछु ।

(ङ) उम्मेदवारको ल्याप्चे सहीछाप:

दायाँ	बायाँ	उम्मेदवारको दस्तखत:
		मिति:

(च) स्वास्थ्य निर्देशनालयको कर्मचारीले भर्ने:

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