

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ અંતર્ગત
મલ્ટી પરપઝ હેલ્થ વર્કરની જગ્યા માટેની અરજી.

૦૧. નામ :-

૦૨. સરનામું :-

ઉમેદવારનો તાજેતરનો
પાસપોર્ટ સાઈઝ
ફોટોગ્રાફ

મોબાઈલ / કોન્ટેક્ટ નંબર :-

૦૩. જન્મ તારીખ :- / /

તા. ૨૫ / ૦૮ / ૨૦૧૫ ના રોજ જતી ઉંમર વર્ષ માસ દિવસ

૦૪. શૈક્ષણિક લાયકાત :-

અ.નં.	વિગત	ટકાવારી	પાસ કર્યા વર્ષ	યુનિ. નુ નામ
૦૧.	એસ.એસ.સી.			
૦૨.	એચ.એસ.સી.			
૦૩.	એસ.આઈ.નો માન્ય સંસ્થામાંથી કરેલ કોર્સ			
૦૪.	અન્ય			

૦૬. એસ.આઈ. પાસ કરેલ સંસ્થાની વિગત.

સંસ્થાનું નામ :-

સરનામું :-

જીલ્લા પંચાયત દ્વારા મુકેલ માન્ય સંસ્થાની

યાદી પૈકી માન્ય સંસ્થાનો ક્રમ નંબર :-

૦૭. કોમ્પ્યુટરના કોર્સની વિગત.

કોર્સનું નામ :-

પાસ કર્યા વર્ષ :-

૦૮. અનુભવ : – (સરકારી ક્ષેત્રનો અનુભવ ગણવાનો રહેશે.)

અ.નં.	કચેરી / સંસ્થાનુ નામ	ફરજ બજાવેલ સમયગાળ	હોદ્દો	સરકારી / એન.જી.ઓ.
૦૧.				
૦૨.				
૦૩.				

૦૮. બાહેધરી : –

આથી હું બાહેધરી આપું છું કે, ઉપરોક્ત ભરેલ તમામ વિગત સાચી છે. અને આ વિગતોમાં કોઈપણ પ્રકારની ખોટી માહિતી આવેલ હશે અને તો મારી અરજી રદ સંમતિ આપું છું અને જે નિર્ણય અમોને બંધનકર્તા રહેશે.

સ્થળ : –

તારીખ : –

.....

ઉમેદવારની સહી.

બિડાણ : –(તમામ શૈક્ષણિક લાયકાત, કોમ્પ્યુટર અને અનુભવના સર્ટી. વિગેરે જોડવાના રહેશે.)

૧.

૨.

૩.

૪.

૫.