अनुसूची-१

(दफा ५ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

दरखास्त फाराम

प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,

गण्डकी प्रदेश, पोखरा

..... कार्यालय

गण्डकी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
प्रदेश अस्पताल
चामे, मनाङ्

हालसालै खिचेको पासपोर्ट साइजको फोटो

दरखास्त फाराम

(क) उम्मेदवारको दरखास्त फाराम सम्बन्धी विवरण:

(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 विवरण:

(१) नाम, थर (देवनागरिकमा) : .....

(अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा) : .....

(२) नागरिकता नं.: ..... जारी गर्ने जिल्ला: ..... जारी मिति: .....

(३) जन्म मिति: ..... (४) लिङ्ग: .....

(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.: ..... (अनिवार्य उल्लेख गर्नुपर्ने)

(८) इमेल ठेगाना: ..... (अनिवार्य उल्लेख गर्नुपर्ने)*

(९) बाबुको 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	विश्वविद्यालय/ बोर्ड	शैक्षिक उपाधि	संकाय	श्रेणी	प्रतिशत	GPA	मूल विषय	कैफियत
१									
२									
३									
४									

गण्डकी प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
प्रदेश अस्पताल
चापे, मनाङ्ग

(घ) तालिम सम्बन्धी विवरणः

क्र.सं.	तालिम दिने संस्था	तालिमको नाम	तालिमको अवधि		कैफियत
			देखि	सम्म	
१					
२					
३					
४					

(ङ) अनुभव सम्बन्धी विवरणः

क्र. सं	कार्यालय / संस्था	पद	सेवा/ समुह	तह/ श्रेणी	स्थायी/ अस्थायी/ करार	अवधि		कुल अवधि (बर्ष/महिना)	कैफियत
						देखि	सम्म		
१									
२									
३									
४									
५									

मैले यस दरखास्तमा खुलाएका सम्पूर्ण विवरणहरु 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 पृष्ठहरुमा उल्लेखित सबै शर्त तथा नियमहरु पालना गर्न मञ्जुर गर्दछु ।

(च) उम्मेदवारको दस्तखतः

उम्मेदवारको दस्तखतः.....
मितिः.....

(छ) दरखास्त बुझ्ने सम्वन्धित कार्यालयको कर्मचारीले भर्नेः

(१) रसिद / भौचर नं. :	(२) दर्ता नं. :
दरखास्त अस्वीकृत भए सोको कारणः	
दरखास्त रुजु गर्नेकोः नाम, थरः दस्तखतः मितिः	**दरखास्त स्वीकृत गर्नेकोः** नाम, थरः दस्तखतः मितिः