



बागमती प्रदेश सरकार

# खानेपानी, ऊर्जा तथा सिंचाइ मन्त्रालय

हेटौंडा, नेपाल

पत्र संख्या : ०८३/८४।प्रशासन

चलानी नम्बर: १८



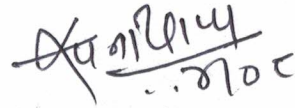
मिति: २०८३।०४।०८

विषय: सेवाकालिन तालिममा मनोनयनका लागि सिफारिस सम्बन्धमा।

श्री मातहत कार्यालयहरू (सबै),

बागमती प्रदेश, हेटौंडा।

प्रस्तुत विषयमा प्रदेश सुशासन केन्द्रको च.नं. ०२, मिति २०८३।०४।०१ को पत्र यसैसाथ संलग्न छ। व्यहोरा सोही पत्रबाट अवगत गर्नुभई योग्यता पुगेका इच्छुक अधिकृतस्तर सातौँ/आठौँ तथा अधिकतस्तर छैटौँ तहका (प्राविधिक/अप्राविधिक) कर्मचारीहरूको लागि ३५ दिने सेवाकालिन तालिम कार्यक्रममा सहभागिताको लागि कर्मचारीको आवश्यक विवरण सहित तोकिएको समयभित्र मनोनयन सिफारिस गरी पठाउनुहुन निर्देशानुसार अनुरोध छ।



(सपना थापा)

शाखा अधिकृत





बागमती प्रदेश सरकार  
मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय  
प्रदेश सुशासन केन्द्र

पत्र संख्या : ८२/८४

चलानी नं. : ०२

जावलाखेल, नेपाल

मिति : २०८३/०४/०९

श्री मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय,  
बागमती प्रदेश, हेटौडा ।

विषय: सेवाकालीन तालिममा सहभागी मनोनयन सम्बन्धमा ।

प्रदेश सुशासन केन्द्रको आ.व. २०८३/०८४ मा बागमती प्रदेश सरकारका कर्मचारीहरूको लागि सेवाकालीन तालिम कार्यक्रम रहेको छ । बागमती प्रदेश सरकारअन्तर्गत मन्त्रालय/सचिवालय/आयोग/निकाय तथा कार्यालयमा कार्यरत अधिकृतस्तर सातौं/आठौं तहका कर्मचारीहरूका लागि " विकास व्यवस्थापन तथा सेवा प्रवाह " तथा अधिकृतस्तर छैटौं तहका कर्मचारीको लागि "सार्वजनिक प्रशासन तथा विकास व्यवस्थापन " विषयक ३५ कार्यदिने सेवाकालीन तालिम सञ्चालन हुने हुँदा (प्राविधिक/अप्राविधिक) कर्मचारीहरूको मनोनयन गरी मिति २०८३ साउन २० गतेभित्र देहायबमोजिम विवरणसहित यस केन्द्रको इमेल admin.pcgg@bagamati.gov.np मा soft copy पठाईदिनुहुन निर्णयअनुसार अनुरोध छ ।

देहाय

| कर्मचारी संकेत नं. | कर्मचारीको नाम | हाल कार्यरत कार्यालयको नाम | सुरु नियुक्ति मिति | समायोजन मिति | हाल पदमा नियुक्ति मिति | मोबाइल नं | जन्म मिति | कैफियत |
|--------------------|----------------|----------------------------|--------------------|--------------|------------------------|-----------|-----------|--------|
|                    |                |                            |                    |              |                        |           |           |        |

आवश्यक योग्यता र सर्त

१. कर्मचारीहरूको छनोट ज्येष्ठताको आधारमा गरिनेछ ।
२. सूचनासँग संलग्न गरिएको आवेदन मनोनयन फाराम सम्बन्धीत कार्यालयको प्रमुखबाट सिफारिस गरी मन्त्रालयको सचिवबाट स्वीकृत गराई Google लिङ्कमा अपलोड गर्नुपर्नेछ ।
३. आवेदन दिने कर्मचारीको बहाल रहेको पदमा कम्तीमा २ वर्ष पुगेको हुनुपर्नेछ ।
४. यसै विषयमा अन्य निकायबाट तालिम नलिएको हुनुपर्नेछ ।
५. सेवाकालीन तालिम कार्यक्रम सञ्चालन मिति अर्को सूचनामार्फत प्रकाशन गरिनेछ ।
६. सेवाकालीन तालिम केन्द्रको मुख्य भवन ललितपुरमा सञ्चालन गरिनेछ ।
७. सहभागी कर्मचारीलाई सेवाकालीन तालिम अवधिको यातायात खर्च, दैनिक भ्रमण भत्ता र आवास खर्च उपलब्ध गराइने छैन । कार्यक्रम सञ्चालन हुने दिनमा कार्यक्रमबाट खाजाको व्यवस्था गरिनेछ ।
८. सम्पर्क व्यक्ति : विनोद विडारी, मोबाइल नं. ९८५९०६२४०४

Google Form लिङ्क

<https://forms.gle/egcAxUsh61N2d4LJ8>



  
२०८३/०४/०९  
(विनोद विडारी)  
उपनिर्देशक



बागमती प्रदेश सरकार  
मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय  
प्रदेश सुशासन केन्द्र, जावलाखेल, ललितपुर

प्रदेश सरकारको कर्मचारीहरुको लागि सेवाकालीन तालिम प्रशिक्षार्थी मनोनयन फाराम

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |      |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| कर्मचारीको नाम थर                     | कर्मचारी संकेत नम्बर:                                                                                                                                                                                                                           | फोटो |
| नेपालीमा:                             |                                                                                                                                                                                                                                                 |      |
| अंग्रेजीमा (All Cap.):                |                                                                                                                                                                                                                                                 |      |
| जन्म मिति:                            | मोबाइल नम्बर:                                                                                                                                                                                                                                   |      |
| ईमेल:                                 | सम्पर्क नं:                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| स्थायी ठेगाना:                        | शैक्षिक योग्यता:                                                                                                                                                                                                                                |      |
| तपाईं शारीरिक रूपमा अशक्त हुनुहुन्छ ? | <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन (यदि हुनुहुन्छ भने कस्तो प्रकारको शारीरिक अशक्तता हो, खुलाउनुहोस्.....)                                                                                                                 |      |
| तपाईं आफुलाई कुन समुहमा राख्नुहुन्छ ? | <input type="checkbox"/> आदिवासी जनजाती <input type="checkbox"/> दलित <input type="checkbox"/> ब्राम्हण <input type="checkbox"/> क्षेत्री <input type="checkbox"/> मधेशी<br><input type="checkbox"/> मुसलमान <input type="checkbox"/> अन्य..... |      |

|                           |     |            |            |
|---------------------------|-----|------------|------------|
| शुरु नियुक्ति मिति:       | पद: | श्रेणी/तह: | सेवा समूह: |
| समायोजन मिति:             | पद: | श्रेणी/तह: | सेवा समूह: |
| हालको पदमा नियुक्ति मिति: | पद: | श्रेणी/तह: | सेवा समूह: |

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| कार्यालयको नाम र ठेगाना: | कार्यालयको ईमेल: |
| कार्यालयको फोन नं.       |                  |

|                                                  |                                                         |                                          |      |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|------|
| हालको पदमा हुँदा यस भन्दा पहिला कुनै तालिम लिएको | <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन |                                          |      |
| लिएको भए:                                        |                                                         |                                          |      |
| क्र.सं.                                          | तालिमको नाम                                             | तालिम सञ्चालन गर्ने संस्थाको नाम, ठेगाना | अवधी |
| १.                                               |                                                         |                                          |      |
| २.                                               |                                                         |                                          |      |
| हाल सिफारिस गरिएको तालिमको नाम:                  |                                                         |                                          |      |

|                            |                                 |                      |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------|
| आवेदन पेश गर्ने कर्मचारीको | सिफारिस गर्ने कार्यालय प्रमुखको | मनोनयन स्वीकृत गर्ने |
| सही:                       | सही:                            | सही:                 |
| मिति:                      | नाम:                            | नाम:                 |
|                            | पद:                             | पद:                  |
|                            | कार्यालयको नाम:                 | मिति:                |
|                            | मिति:                           | मन्त्रालयको छाप:     |
|                            | कार्यालयको छाप:                 |                      |