प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

कोशी प्रदेश, विराटनगर, नेपाल

तह वृद्धि सम्बन्धी दरखास्त फारम

प्रदेश निजामती सेवा ऐन, २०७९ को दफा ३० बमोजिम.....तह वृद्धि हुनको निमित्त यो आवेदन फारम भरी पेश गरेको छु ।

१. कर्मचारीको नाम, थर.....

२. कर्मचारी संकेत नं.....

३. शुरू नियुक्ति मिति.....

४. हालको पद.....

५. हालको पद/तहको नियुक्ति मिति.....

६. सेवा.....

७. समूह.....

८. उपसमूह.....

९. दरबन्दी रहेको मन्त्रालय/कार्यालयको नाम.....

१०. हाल कार्यरत मन्त्रालय/कार्यालयको नाम.....

११. तह वृद्धि हुन दायी गरिएको तह.....

सेवाको विवरण

सि.नं.	कार्यालयको नाम (नियुक्ति देखि हालसम्मको)	नियुक्ति वा सरुवा मिति	हाजिर भएको मिति	हासिल गरेको उच्चतम शैक्षिक योग्यता	गयल कट्टी भएको भए (मिति...देखि...सम्म)	तलब वृद्धि रोका भएको भए(मिति...देखि...सम्म)	बढुवा रोका भएको भए(मिति..देखि..सम्म)	निलम्बन भएको भए(मिति..देखि..सम्म)	नसिहत पाएको भए(मिति..देखि..सम्म	असाधारण बिदा लिएको भए(मिति..देखि..सम्म)	कैफियत
१											
२											
३											
४											
५											
६											
७											
८											

पछिल्लो तीन वर्षको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन रहेका कार्यालयहरू

सि.नं.	आ.व.	कार्यालय
१		
२		
३		

द्रष्टव्य: माथिको विवरणमा उल्लिखित सबै व्यहोरा प्रमाणित गर्ने कागजातहरू संलग्न हुनुपर्नेछ ।

माथि उल्लिखित विवरणमा लेखिएका कुनै व्यहोरा झुटो ठहरे कानुन बमोजिम सहुँला बुझाउँला भनी सहीछाप गर्ने

कर्मचारीको नाम, थर.....

पद.....

दस्तखत.....

औंठा छाप

दायाँ	बायाँ

मिति.....

आवेदनमा लिजले मेरो रोहबरमा सहीछाप गरेको हो, उपर्युक्त व्यहोरा कार्यालयमा रहेको अभिलेख बमोजिम ठीक छ भनी सहीछाप गर्ने कार्यालय/विभागीय प्रमुखको सहीछाप ।

नाम, थर.....

दर्जा.....

दस्तखत.....

मिति.....

कार्यालयको छाप

प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
कोशी प्रदेश
विराटनगर, नेपाल