



सुदूरपश्चिम प्रदेश सरकार
सामाजिक विकास मन्त्रालय
स्वास्थ्य तालिम केन्द्र
धनगढी, कैलाली



फोन : ०९१-५२४०५७

फोन : ०९१-५२५८०२

Website: htc.sudurpashchim.gov.np

Email: healthtrainingcenter2075@gmail.com

मिति: २०८२/०९/२१

प.सं. : २०८२/२०८३

च.नं. : १०६

विषय : सूची दर्ता सम्बन्धमा

प्रस्तुत विषय सम्बन्धमा स्वास्थ्य तालिम केन्द्र धनगढीको आ.व. २०८२/८३ को वार्षिक स्वीकृत कार्यक्रम अनुसार सुरक्षित आप्रवासन (SaMi) कार्यक्रम अन्तर्गत स्थानीय तहमा नवनियुक्त मनोपरामर्शकर्तालाई ६ महिने मनोसामाजिक परामर्श तालिममा प्रशिक्षण कार्यक्रमको लागि तपसिल बमोजिमको न्युनतम योग्यता, अनुभव र कार्यविवरण अनुसार आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराई यहि पौष मसान्त सम्म सूचीकृत हुन यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ ।

आवश्यक योग्यता:

- राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको ६ महिने मनोसामाजिक परामर्श मोडुलर तालिमको पाठ्यक्रममा आधारित प्रशिक्षक प्रशिक्षण (TOT) तालिम प्राप्त गरेको ।

कार्यविवरण:

- राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको ६ महिने मनोसामाजिक परामर्श मोडुलर तालिमको पाठ्यक्रम अनुसार तालिमको कक्षा संचालन गर्नुपर्ने, र
- तालिम पश्चात सहभागीहरूले कार्यक्षेत्रमा तयार गरेको केस रिपोर्टहरूको सुपरिवेक्षण गर्नुपर्ने ।

आवश्यक कागजात:

- सूचि दर्ता फाराम (यसैसाथ संलग्न)
- तालिम प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- शैक्षिक योग्यता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- कार्यअनुभव पत्रको प्रतिलिपि
- नागरिकताको प्रतिलिपि
- PAN को प्रतिलिपि

नरेन्द्र सिंह कार्की
महानिर्देशक

नरेन्द्र सिंह कार्की
महानिर्देशक

श्रीमान् महानिर्देशक ज्यू,
स्वास्थ्य तालिम केन्द्र धनगढी, कैलाली
सुदूरपश्चिम प्रदेश

विषय: प्रशिक्षक सूचिमा सूचीकृत गरि पाउँ ।

प्रस्तुत विषयमा स्वास्थ्य तालिम केन्द्रमा प्रशिक्षण कार्यको लागि प्रशिक्षक सूचिमा सूचीकृत हुन तपसिलको विवरण सहित यो निवेदन पेश गरेको छु।

तपसिल

नाम थर :

पद/तह :

काउन्सिलको नाम र दर्ता नम्बर :

कार्य अनुभव :

ठेगाना : जिल्ला

न.पा/गा.पा

वडा नं.

मोबाइल नं.

स्थायी .ले. न.

इमेल :

कार्यरत संस्थाको नाम :

ठेगाना :

(क) शैक्षिक योग्यता

उपाधि	अध्ययन गरेको मुख्य विषय	बोर्ड/विश्वविद्यालय	उत्तीर्ण वर्ष	उत्तीर्ण श्रेणी
एमफिल/पीएचडी				
स्नाकोतर				
अधिस्नातक				
स्नातक				
प्रमाण पत्र तह				
प्रवेशिका परिक्षा				

(ख) तालिम (TOT/MTOT/CTS समेत उल्लेख गर्ने)

सि.न.	तालिमको नाम	तालिम अवधि	तालिम दिने संस्था	तालिम सम्पन्न वर्ष

माथि उल्लेखित विवरण ठिक साचो छ , झुठा ठहरेमा कानुन बमोजिम सहुला बुझाउला

हस्ताक्षर:

निवेदकको नाम:

मिति :

(यो फारम भरि healthtrainingcenter2075@gmail.com मा पनि पठाउनु सकिने छ)