



बागमती प्रदेश सरकार
मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय
प्रदेश सुशासन केन्द्र



पत्र संख्या : ८२/८३

चलानी नं. : १४

जावलाखेल, नेपाल

मिति: २०८२/०४/०९

श्री स्थानीय तह (११९ सवै),
बागमती प्रदेश ।

विषय: सेवाकालीन तालिम आवेदन सम्बन्धमा ।

प्रदेश सुशासन केन्द्रको आ.व. २०८२/०८३ को स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम अनुसार स्थानीय तहमा कार्यरत अधिकृत सातौं/आठौं तहका कर्मचारीको वृत्ति विकास र कार्य सम्पादनमा सहयोग पुर्‍याउने उद्देश्यले "३५ कार्य दिने "विकास व्यवस्थापन र सेवा प्रवाह" सम्बन्धी सेवाकालीन तालिम सञ्चालन गर्न गइरहेको हुँदा ईच्छुक कर्मचारीहरूले १५ (पन्ध्र) दिनभित्र तल दिईएको अनलाईन फाराम तथा मनोनयन फारामसहित आवश्यक विवरण भरी कार्यालय समयभित्र उपलब्ध गराइदिनुहुन अनुरोध छ ।

आवश्यक योग्यता र शर्त

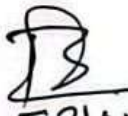
१. जेष्ठताको आधारमा सहभागी छनौट गरी यस कार्यालयको वेबसाइटमा नामावली प्रकाशन गरिनेछ ।
२. छनौटमा परेका कर्मचारीहरूलाई तालिम हुने मिति बारे प्रदेश सुशासन केन्द्रबाट जानकारी गराइनेछ ।
३. सूचनासँग संलग्न गरिएको आवेदन मनोनयन फाराम कार्यालय प्रमुखबाट स्वीकृत गराई अनिवार्य Google लिङ्कमा अपलोड गर्नुपर्नेछ । Google लिङ्कमा अपलोड नभएको मनोनयन फारमलाई मान्यता दिइने छैन ।
४. आवेदन दिने कर्मचारीको बहाल रहेको पदमा कम्तीमा २ वर्ष पुगेको हुनुपर्नेछ ।
५. यसै विषयमा अन्य निकायबाट तालिम नलिएको हुनुपर्नेछ ।
६. सेवाकालीन तालिम केन्द्रको कार्यालय जावलाखेल ललितपुर संचालन गरिनेछ ।
७. सहभागी कर्मचारीलाई सेवाकालीन तालिम अवधिको यातायात खर्च, दैनिक भ्रमण भत्ता र आवास खर्च उपलब्ध गराइने छैन । कार्यक्रम संचालन हुने दिनमा कार्यक्रमबाट खाजाको व्यवस्था गरिने छ ।

मनोनयन फारामको Google लिङ्क

<https://forms.gle/8ZPfuf6N4YFjXuPj8>

आवेदनका लागि QR Code




२०८२/०४/०९

(विनोद विडारी)

उपनिर्देशक

९८५१०६२४०४

बोधार्थ

श्री मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय, हेटौँडा
बागमती प्रदेश ।

बागमती प्रदेश सरकार
मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय
प्रदेश सुशासन केन्द्र, जावलाखेल, ललितपुर
सेवाकालीन तालिम प्रशिक्षार्थी मनोनयन फाराम

कर्मचारीको व्यक्तिगत विवरण

कर्मचारीको नाम थर	कर्मचारी संकेत नम्बर:	फोटो
नेपालीमा:		
अंग्रेजीमा (All Cap.):		
जन्म मिति:	मोबाइल नम्बर:	
ईमेल:	सम्पर्क नं:	
स्थायी ठेगाना:	शैक्षिक योग्यता:	
तपाईं शारिरिक रूपमा अशक्त हुनुहुन्छ ? ☐ छु ☐ छैन (यदि हुनुहुन्छ भने कस्तो प्रकारको शारिरिक अशक्तता हो, खुलाउनुहोस्.....		
तपाईं आफुलाई कुन समुहमा राख्नुहुन्छ ? ☐ आदिवासी जनजाती ☐ दलित ☐ ब्राम्हण ☐ क्षेत्री ☐ मधेशी ☐ मुसलमान ☐ अन्य.....		

कर्मचारीको पेशागत विवरण

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

कर्मचारीको कार्यालयको विवरण

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

कर्मचारीको तालिम सम्बन्धी विवरण

हालको पदमा हुँदा यस भन्दा पहिला कुनै तालिम लिएको ☐ छ ☐ छैन
लिएको भए:

क्र.सं.	तालिमको नाम	तालिम सञ्चालन गर्ने संस्थाको नाम, ठेगाना	अवधि
१.			
२.			

हाल सिफारिस गरिएको तालिमको नाम:

आवेदन पेश गर्ने कर्मचारीको

सही:

मिति:

मनोनयन गर्ने कार्यालय प्रमुखको

सही:

नाम:

पद:

कार्यालयको नाम:

मिति:

कार्यालयको छाप