

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

बढुवा समितिको सचिवालयको सूचना

प्रकाशित मिति २०८२।०८।२६

नेपाल स्वास्थ्य सेवाको अधिकृत बाह्रौं तहको अतिरिक्त स्वास्थ्य सचिव रिक्त पद संख्या १ (एक) मा नेपाल स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०५३ को दफा २५(२) बमोजिम कार्य सम्पादन क्षमताको आधारमा बढुवा सिफारिस गर्नुपर्ने भएको हुँदा २०८२ आषाढ मसान्तसम्म ५ वर्ष सेवा अवधि पुरा भएका एघारौं तहका अधिकृत कर्मचारीहरूले स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको वेबसाइट www.mohp.gov.np मा रहेको बढुवा सम्बन्धी व्यक्तिगत विवरण फाराम डाउनलोड गरी उक्त विवरण सम्बन्धित निकायबाट प्रमाणित गराई यो सूचना प्रकाशन भएको मितिले १५ (पन्ध्र) दिनभित्र यस मन्त्रालयको कर्मचारी प्रशासन शाखामा दर्ता गर्न बढुवा समितिको मिति २०८२।०८।२५ को निर्णयानुसार यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ । साथै आवेदकले व्यक्तिगत विवरणसँग सम्बन्धित आवश्यक कागजातहरू फारामसँग संलग्न गरी पेश गर्नु हुन अनुरोध छ ।

व्यक्तिगत विवरण फाराम
(कार्यसम्पादन क्षमता को आधारमा हुने बढुवाको लागि)

नाम:- संकेत न:-	सम्पर्क मोवाइल नम्बर:-	
पद:-	जन्म मिति:-	
तह:- -	सेवा:-	अनुमानित अवकाश मिति:-
समूह:-	उपसमूह:-	
शैक्षिक योग्यता:- १) तोकिएको न्यूनतम शैक्षिक योग्यता-श्रेणी..... २) न्यूनतम भन्दा माथिको सम्बन्धित विषयको अतिरिक्त शैक्षिक योग्यता:-श्रेणी..... ३) विद्यावारिधि/डि.एम./एम.सि.एच.-.....श्रेणी.....		
शुरु नियुक्ति मिति र तह:- हालको पदको नियुक्ति मिति:- एक तह मुनिको पदको नियुक्ति मिति:-	SEDP तालिम/ अन्य तालिम लिए /नलिएको:- तालिमको नाम:- श्रेणी:- तालिम दिने सस्थाको नाम:- तालिम अवधि:- देखि.....सम्म जम्मा दिन.....	

हालको पदमा काम गरेको कार्यालयहरु क्रमश:-		
१) श्री	मिति	देखि.....सम्म
२) श्री	मिति.....	देखि.....सम्म
३) श्री	मिति.....	देखि.....सम्म
४) श्री	मिति.....	देखि.....सम्म
५) श्री	मिति.....	देखि.....सम्म
असाधारण विदा:-..... देखि.....सम्म		तलवी विदा:-..... देखि.....सम्म

बेतलवी विदा:-..... देखि.....	अध्ययन विदा:-..... देखि.....सम्म
------------------------------	----------------------------------

विभागीय सजाय भए/नभएको

भएको:- नभएको:-

भएको भए सजायको प्रकार:-

सजाय पाएको भए मिति:-..... देखिसम्म

उपरोक्त विवरणको फोटोकपी प्रमाणित कागजात समेत यसैसाथ स+लग्न छ र उपरोक्त बमोजिमको विवरण ठिक साँचो हो फरक परेको छैन ।

आवेदकको दस्तखत:-

मिति:-

विभागीय/कार्यालय प्रमुख/अधिकृतको दस्तखत:-

मिति:-