

अनुसूची-१
(दफा ५ को उपदफा (३) संग सम्बन्धित)

गण्डकी प्रदेश सरकार

सामाजिक विकास तथा स्वास्थ्य मन्त्रालय

स्वास्थ्य निर्देशनालय

जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र

स्याडजा

दरखास्त फाराम

(क) उम्मेदवारको दरखास्त फाराम सम्बन्धी विवरण:

(१) विज्ञापन नं.:

(२) आवेदन दिने पद :

(३) तहः

(४) सेवा.

(ख) उम्मेदवारको वैयक्तिक विवरण:

(१) नाम, थर (देवनागरिक्रमा):

(अंग्रेजी ठूठो अक्षरमां):

(२) नागरिकता नं:

जारी गर्ने जिल्ला:

जारी मिति:

(३) जन्म मिति:

(४) लिङ्गः

(५) स्थायी ठेगाना:

प्रदेश

जिल्हा

नपा / गापा

वडा नं.

टोल

(६) अस्थायी ठेगाना:

प्रदेश

जिल्हा

नपा/गापा

वडा नं.

टोल

(७) फोन नं:

(अनिवार्य)

(८) इमेल ठेगाना :

(अनिवार्य)

(९) बाबुको नाम, थर:

(१०) आमाको नाम, थरः.

(११) बाजेको नाम, थर:

(ग) शैक्षिक योग्यता (आवश्यक न्यूनतम शैक्षिक योग्यता साथै माथिल्लो योग्यता भए सो समेत उल्लेख गर्ने):

क्र.सं	शैक्षिक	विश्वविद्यालय	नेर्	शै
--------	---------	---------------	------	----

[illegible]

(घ) तालिम सम्बन्धी विवरण:

क्र.सं	तालिम दिने संस्था	तालिमको नाम	तालिम अवधि		कैफियत
			देखि	सम्म	
१					
२					
३					
४					

(ङ) अनुभव सम्बन्धी विवरण:

क्र.सं	कार्यालय/ संस्था	पद	सेवा/समुह	तह/श्रेणी	स्थायी/ अस्थायी/ करार	अवधि		कुल अवधि (वर्ष /महिना)	कैफियत
						देखि	सम्म		

मैले यस दरखास्तमा खुलाएका सम्पूर्ण विवरणहरु सत्य छन्। दरखास्त बुझाएको पदको विज्ञापनको लागि अयोग्य ठहरिने गरी कुनै सजाय पाएको छैन। कुनै कुरा झुट्टा वा लुकाएको ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिम सहनेछु/बुझाउनेछु। उम्मेदवारले पालना गर्ने भनी प्रचलित कानून तथा यस दरखास्त फारामका पृष्ठहरुमा उल्लेखित सबै शर्त तथा नियमहरु पालना गर्न मन्जुर गर्दछु।

(च) उम्मेदवारको दस्तखत:

उम्मेदवारको दस्तखत:.....
मिति:.....

(छ) दरखास्त बुझ्ने सम्बन्धित कार्यालयको कर्मचारीले भर्ने:

(१) रसिद / भौचर नं. :	(२) दर्ता नं. :
दरखास्त अस्वीकृत भए सोको कारण:	
दरखास्त रुजु गर्नेको :	दरखास्त स्वीकृत गर्नेको :
नाम, थर:	नाम, थर:
दस्तखत: मिति:	दस्तखत: मिति: