

# म.प्र. राज्य एड्स नियंत्रण समिति

(लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग—म.प्र. शासन)  
द्वितीय तल, तिलहन संघ भवन, 1 अरेरा हिल, भोपाल (मध्यप्रदेश) पिन—462011  
फोन—(0755) 2769650 फैक्स : 0755 —2556619

## आवेदन पत्र का प्रारूप

पासपोर्ट साईज  
का फोटोग्राफ

1. आवेदित पद का नाम:.....
2. आवेदक का नाम:.....
3. पिता/पति का नाम:.....
4. जन्म तिथि एवं आयु ;..... अंतिम तिथि ..... को आयु, .....वर्ष.....माह.....दिन.....
5. वर्ग :सामान्य/ अन्य पिछडा वर्ग/ अनुसूचित जाति/ अनुसूचित जनजाति .....  
(आवश्यक प्रमाण पत्रा संलग्न करें)
6. पत्र व्यवहार का पता एवं मोबाईल नं., ई—मेल:  
.....  
..... पिनकोड .....
7. स्थाई पता एवं टेलिफोन नं.  
.....  
..... पिनकोड .....
- व्हाट्सअप नंबर .....

8 . शैक्षणिक योग्यता :- (प्रमाण पत्रों की राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित छायाप्रति संलग्न करें)

क्र.	परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड का नाम	वर्ष	विषय	प्रतिशत	श्रेणी
1.	हायर सेकण्डरी					
2.	स्नातक					
3.	स्नातकोत्तर					
4.	अन्य					

9. अनुभव का विवरण:-

क्र.	संस्था का नाम	पद का नाम	कार्य अवधि	कार्य का संक्षिप्त विवरण	अनुभव प्रमाण पत्रा जारी होने का दिनांक
			दिनांक से तक		

10. पैरामेडीकल कौंसिल / नर्सिंग कौंसिल का पंजीयन क्रमांक .....  
पंजीयन दिनांक .....
11. क्या एचआयव्ही प्रभावित / संक्रमित हैं हाँ / नहीं .....
12. ड्राइविंग लाईसेंस क्र. .... वैधता दिनांक .....

**घोषणा**

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरे ज्ञान एवं विश्वास के आधार पर सही है। यदि चयन प्रक्रिया में या उसके पश्चात् उपरोक्त जानकारी असत्य या निराधार पायी जाती है तो मेरा चयन निरस्त कर मेरे विरुद्ध आवश्यक कार्यवाही की जा सकती है।

स्थान :-

दिनांक :-

आवेदक का हस्ताक्षर:.....

.....

नाम :.....

संलग्न : राजपत्रित अधिकारी से सत्यापित सभी आवश्यक प्रमाण पत्रों की छायाप्रतियां संलग्न करें :

- |    |    |    |    |
|----|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 5. | 6. | 7. | 8. |