

राजस्थान सरकार
कार्यालय,

स्वास्थ्य मित्र हेतु आवेदन पत्र

नाम -

पिता/पति का नाम -

जन्म दिनांक -/...../.....

उम्र (दिनांक 01.01.2020 को) -

समुदाय (एससी/एसटी/ओबीसी/जनरल) -

पूर्ण पता -

मोबाइल नं० -

विवाहित/अविवाहित -

यदि विवाहित हैं तो बच्चों की संख्या -

शैक्षणिक योग्यता -

राजस्व ग्राम/शहरी जनता क्लिनिक का नाम -

सम्बन्धित पीएचसी/सीएचसी का नाम -

स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम -

जिला -

क्या आप सामाजिक संस्थान/स्वयंसेवी संस्थान
(एनजीओ) से जुड़े हैं (हाँ/नहीं) -

यदि हाँ तो संस्थान का नाम -

सम्बन्धित संस्थान स्वास्थ्य के क्षेत्र से जुड़ा है (हाँ/नहीं) -

यदि हाँ तो किस भौगोलिक क्षेत्र व स्वास्थ्य के किस गतिविधि में कार्यरत हैं -
.....

दिनांक -

आवेदक के हस्ताक्षर

स्थान

सत्यापन

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपयुक्त विशिष्टियां मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं। स्वास्थ्य मित्र के चयन के पूर्व अथवा पश्चात किसी भी सूचना मिथ्या या गलत पाये जाने की दशा में मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे अभ्यर्थता/नियुक्ति रद्द कर दी जायेगी । मैं ऐसी कार्यवाही के लिए उत्तरदायी होऊँगा/ होऊँगी।

हस्ताक्षर

