

लुम्बिनी प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य निर्देशनालय  
कपिलवस्तु आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र  
तौलिहवा, कपिलवस्तु ।

**दरखास्त फारम**

हालसालै खिचेको  
पासपोर्ट साइजको  
फोटो

(क) उम्मेदवारको दरखास्त फारम सम्बन्धी विवरण:

- (१) विज्ञापन नं.: ..... (२) आवेदन दिने पद : .....
- (३) तह : .....
- (४) कार्यरत भए हाल कार्यरत अस्पताल/निकाय : .....
- (५) सम्बन्धित काउन्सिल दर्ता नम्बर:.....
- (६) म्याद सकिने मिति:.....

(ख) उम्मेदवारको वैयक्तिक विवरण:

- (१) नाम, थर (देवनागरिकमा) : .....  
(अंग्रेजी ठूलो अक्षरमा) : .....
- (२) नागरिकता नं.: ..... जारी गर्ने जिल्ला: ..... जारी मिति: .....
- (३) जन्म मिति: ..... (४) लिङ्ग: .....
- (५) स्थायी ठेगाना:  
जिल्ला ..... न.पा./गा.पा. .... वडा नं. .... टोल .....
- (६) अस्थायी ठेगाना:  
जिल्ला ..... न.पा./गा.पा. .... वडा नं. .... टोल .....
- (७) फोन नं.: ..... (अनिवार्य उल्लेख गर्नुपर्ने) \*
- (८) इमेल ठेगाना: ..... (अनिवार्य उल्लेख गर्नुपर्ने) \*
- (९) बाबुको नाम, थर: .....
- (१०) आमाको नाम, थर: .....
- (११) बाजेको नाम, थर: .....

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

क्र.सं.	शैक्षिक योग्यता	विश्वविद्यालय/ बोर्ड	शैक्षिक उपाधि	संकाय	श्रेणी	प्रतिशत	GPA	मूल विषय	कैफियत
१									
२									
३									
४									

(घ) तालिम सम्बन्धी विवरण:

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

२					
३					
४					
५					
६					

(ड) अनुभव सम्बन्धी विवरण:

क्र. सं.	कार्यालय / संस्था	पद	सेवा/समुह	तह/श्रेणी	स्थायी/अस्थायी/करार	अवधि		कुल अवधि (बर्ष/महिना)	नैतिकता
						देखि	सम्म		
१									
२									
३									
४									
५									

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

(च) उम्मेदवारको दस्तखत:

उम्मेदवारको दस्तखत:.....

मिति:.....

(छ) दरखास्त बुझ्ने सम्बन्धित कार्यालयको कर्मचारीले भर्ने:

(१) रसिद / भौचर नं. :                      (२) भौचर/रसिदको मिति:                      (२) दर्ता नं. :

दरखास्त अस्वीकृत भए सोको कारण:

दरखास्त रुजु गर्नेको:	दरखास्त स्वीकृत गर्नेको:
नाम, थर:	नाम, थर:
दस्तखत:                      मिति:	दस्तखत:                      मिति:

लुम्बिनी प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य निर्देशनालय  
कपिलवस्तु आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र  
तौलिहवा, कपिलवस्तु ।  
परीक्षा प्रवेश पत्र

नियुक्त हुन चाहेको पद:

विज्ञापन नम्बर:

विज्ञापन मिति:

दर्ता नम्बर:

नाम थर:

तह:

उम्मेदवारको दस्तखत नमुना:

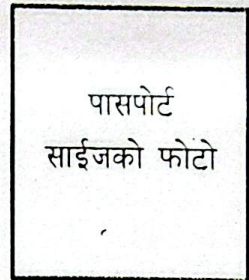
सम्बन्धित कार्यालयले भने:

यस मन्त्रालयबाट लिइने उक्त पदको परीक्षामा तपाईंलाई संलग्न हुन अनुमती दिइएको छ । विज्ञापनमा तोकिएको शर्त नपुग्ने ठहर भएमा जुनसुकै अवस्थामा पनि यो अनुमति रद्द हुन सक्नेछ ।

मिति.....

.....

अधिकृतको दस्तखत



लुम्बिनी प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य निर्देशनालय  
कपिलवस्तु आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र  
तौलिहवा, कपिलवस्तु ।  
परीक्षा प्रवेश पत्र

नियुक्त हुन चाहेको पद:

विज्ञापन नम्बर:

विज्ञापन मिति:

दर्ता नम्बर:

नाम थर:

तह:

उम्मेदवारको दस्तखत नमुना:

सम्बन्धित कार्यालयले भने:

यस मन्त्रालयबाट लिइने उक्त पदको परीक्षामा तपाईंलाई संलग्न हुन अनुमती दिइएको छ । विज्ञापनमा तोकिएको शर्त नपुग्ने ठहर भएमा जुनसुकै अवस्थामा पनि यो अनुमति रद्द हुन सक्नेछ ।

मिति.....

.....

अधिकृतको दस्तखत

