



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್. ಘಟಕ
ಬಳ್ಳಾರಿ/ವಿಜಯನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ

ದೂರವಾಣಿ : 08392-273739

E-Mail ID : rchobellary@gmail.com

ಸಂಖ್ಯೆ:ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ/ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್/ನೇಮಕಾತಿ/೧೩ /2023-24

ದಿನಾಂಕ :26/06/2023

ಪತ್ರಿಕಾ ಪ್ರಕಟಣೆ

ವಿಷಯ : ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ 2023-24 ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ವೃಂದದ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಲು ಅರ್ಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಅಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಉಲ್ಲೇಖ:- ದಿನಾಂಕ:- 16/06/2023 ರಂದು ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು,ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್, ಬಳ್ಳಾರಿ ಇವರ ಕಡತದ ಅನುಮೋದನೆ ಮೇರೆಗೆ.

-*****-

ಈ ಮೇಲ್ಕಾಣಿಸಿದ ವಿಷಯ ಹಾಗೂ ಉಲ್ಲೇಖಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ 2023-24 ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ವಿವಿಧ ವೃಂದದ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ಅರ್ಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಈ ಕೆಳಗೆ ಸೂಚಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು.

1. ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ದಿನಾಂಕ 28/06/2023 ರಿಂದ 06/07/2023 ರ ಸಂಜೆ 05:00 ಗಂಟೆಯವರೆಗೆ Ballari.nic.in ವೆಬ್ ಸೈಟ್‌ನಿಂದ ಡೌನ್‌ಲೋಡ್ ಮಾಡಬಹುದು ಅಥವಾ ಕಛೇರಿ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ (ರಜಾ ದಿನಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ) ಜಿಲ್ಲಾ ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್.ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆವರಣ, ಅನಂತಪುರ ರಸ್ತೆ, ಬಳ್ಳಾರಿ ಇಲ್ಲಿ ಪಡೆಯಬಹುದು.
2. ನಿಗದಿತ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ, ಅನುಭವ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಅಗತ್ಯ ದೃಢೀಕೃತ ದಾಖಲಾತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ದಿನಾಂಕ:- 07/07/2023 ರಂದು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 9:30 ಕ್ಕೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ ಸಭಾಂಗಣದಲ್ಲಿ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿ ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ತಪ್ಪದೆ ಹಾಜರಾಗಬೇಕು.
3. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಆಯ್ಕೆ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ದಿನಾಂಕ 15/07/2023ರಂದು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 11:00 ಗಂಟೆಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್. ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿಯ ಸೂಚನಾ ಫಲಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗುವುದು ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಆಕ್ಷೇಪಣೆಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ 18/07/2023ರ ಸಂಜೆ 5:00 ರೊಳಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಈ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ಮೀಸಲಾತಿ ಪಟ್ಟಿಯಂತೆ ರೋಸ್ಟರ್ ಹಾಗೂ ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ 371ಜೆ ಮತ್ತು ನಾನ್ 371ಜೆ ಹಾಗೂ ಒಳ ಮೀಸಲಾತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ನೇಮಕ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಹುದ್ದೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ ಕಾಯ್ದುಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ನೇಮಕಾತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯ ತೀರ್ಮಾನವೇ ಅಂತಿಮವಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 08394-227039 ಅನ್ನು ಕಛೇರಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸಹಾಯಕ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಅಧಿಕಾರಿ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ. ಸಂಘ
ಬಳ್ಳಾರಿ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘದ ವತಿಯಿಂದ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ವಿವಿಧ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿನ ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆಗಳ ನೇಮಕಾತಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ.

ಕ್ರ. ಸಂ.	ಹುದ್ದೆಗಳ ವಿವರ	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ಹಾಗೂ ವಯೋಮಿತಿ	ಮಾಸಿಕ ಸಂಚಿತ ಸಂಭಾವನೆ	ಒಟ್ಟು ಹುದ್ದೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಮೀಸಲಾತಿ	
					371-ಈ	ಇತರೆ 371-ಈ
1	ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು (ಮಹಿಳೆಯರು) (ಕಾರ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ (ಪೆನ್.ಡಿ.ಯು ವಿಭಾಗ))	ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಿ.ಎಸ್.ಎಂ ನರ್ಸಿಂಗ್ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಸ್.ಸಿ ನೋಂದಣಿ ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು ಮತ್ತು ಜಾತಿಯಲ್ಲಿ ತಕ್ಕದ್ದು. ವಯೋಮಿತಿ: 45 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 14,000/-	7	ಸಾ.ಆ.(ಮ.ಆ)-1 ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1 ಪ.ಮಂ (ಗ್ರಾ.ಆ)-1 ಸಾ.ಆ.(ಅಂ.ವಿ)-1 ಪ್ರವರ್ಗ-1 (ಮ.ಆ)-1 ಸಾ.ಆ (ಗ್ರಾ.ಆ)-1	ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1
2	ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು (ರಕ್ತ ಕೆಲವಿರಣಾ ವಾಹನಕ್ಕೆ)	ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಬಿ.ಎಸ್.ಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪದವಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಅಥವಾ ಡಿಪ್ಲೊಮಾ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪದವಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕರ್ನಾಟಕ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್‌ನಲ್ಲಿ ನೋಂದಣಿಯಾಗಿರತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಹುದ್ದೆಯ ಅಯ್ಕೆ ವಿಧಾನವನ್ನು ಆಫೀಸು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿ ಪ್ರಕಾರ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ವಯೋಮಿತಿ: 40 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 13,225/-	1	ಪ.ಪಾ(ಇತರೆ)-1	-
3	ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು (ಡಿ.ಇ.ಎ.ಸಿ ವಿಭಾಗ)	ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಬಿ.ಎಸ್.ಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಪದವಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಕನಿಷ್ಠ 2 ವರ್ಷ ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಎನ್.ಪಿ.ಸಿ. ಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಅನುಭವ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 40 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 13,225/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
4	ಕಮ್ಯೂನಿಟಿ ನರ್ಸ್ (ಡಿ.ಎಂ.ಹೆಚ್.ಓ)	1. ನರ್ಸಿಂಗ್ ಬಿ.ಎಸ್.ಸಿ. ಅಥವಾ ಕರ್ನಾಟಕ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ತಕ್ಕಮಾತೆ ಪದವಿ ಪಡೆದಿರಬೇಕು ಅಥವಾ ಉಪವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜನರಲ್ ನರ್ಸಿಂಗ್‌ನಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತಿಯಾಗಿರುವುದು(ಬಿ.ಎಸ್.ಎಂ.) 2. ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು: ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ 2 ವರ್ಷಗಳ ಅನುಭವ.	ರೂ. 14,000/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
5	ಬೆನ್ನಾ ಆಫೀಸು ಮೆಂಟರ್ (ಆಫೀಸು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ)	ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಿ.ಎಸ್.ಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್/ಬಿ.ಎಸ್.ಎಂ ನರ್ಸಿಂಗ್ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಸ್.ಸಿ ನೋಂದಣಿ ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು ಮತ್ತು ಜಾತಿಯಲ್ಲಿ ತಕ್ಕದ್ದು. ಡಿಪ್ಲೊಮಾ ನರ್ಸಿಂಗ್ (ಎ.ಎನ್.ಎಂ) , ಆಯುಷ್ ಕೋರ್ಸ್ ಗಳಲ್ಲಿ ತೇರ್ಗಡೆಯಾಗಿರಬೇಕು. ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್ ಡಿಪ್ಲೊಮಾ/ ಸೋಷಿಯಲ್ ವರ್ಕ್/ಸೋಷಿಯಲ್ ಸೈನ್ಸಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಪದವಿ/ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್‌ನಲ್ಲಿ ಪದವಿ ಹಾಗೂ ಮೂಲಕೃತಿ ಹೆಚ್ಚು ವರ್ಷಗಳ ತರಬೇತಿಯಲ್ಲಿ ಅನುಭವ. ಕನಿಷ್ಠ ಧಾತಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯವಹರಿಸಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 40 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 13,225/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
6	ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ)	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇಂಟರ್‌ನಿಷ್ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದಿಂದ ಕಾನನ್ಯೂಕೇಷನ್/ ಡಿಗ್ರಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 45 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 55,000/-	3	ಸಾ.ಆ(ಮ.ಆ)-1 ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1	ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1
7	ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಮ.ಸಿ.ಯು, ವಿಭಾಗ)	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇಂಟರ್‌ನಿಷ್ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದಿಂದ ಕಾನನ್ಯೂಕೇಷನ್/ ಡಿಗ್ರಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 45 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 50,000/-	2	ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1	ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1
8	ಆಯುಷ್ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಆರ್.ಬಿ.ಎಸ್.ಕೆ)	ಬಿ.ಎ.ಎಂ.ಎಸ್ ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರಬೇಕು. ಹಾಗೂ ಇಂಟರ್‌ನಿಷ್ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಅಂಗೀಕೃತ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದಿಂದ ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಮಾಡಿಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಎರಡು ವರ್ಷ ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ/ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅಥವಾ ಎನ್.ಪಿ.ಸಿ. ಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಿದವರಿಗೆ ಅದಕ್ಕೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ವಯೋಮಿತಿ: 60 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 25000/-	1	ಪ.ಪಾ(ಇತರೆ)-1	-
9	ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞರು (ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ)	ಡಿ.ಎಂ. ನೋಂದಣಿಪಾಲಕ, ಫೆಲೋಶಿಪ್ ಇನ್ ನೋಂದಣಿಪಾಲಕ, ಎಂ.ಡಿ ಪಡಿಯಾಲ್ಟ್ರೀ/ಡಿ.ಎನ್.ಡಿ (ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ)/ಡಿ.ಸಿ.ಹೆಚ್. ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ವಯೋಮಿತಿ: 60 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 130000/-	1	ಪ.ಪಾ(ಇತರೆ)-1	-
10	ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞರು (ಕಾರ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ)	ಡಿ.ಎಂ. ನೋಂದಣಿಪಾಲಕ, ಫೆಲೋಶಿಪ್ ಇನ್ ನೋಂದಣಿಪಾಲಕ, ಎಂ.ಡಿ ಪಡಿಯಾಲ್ಟ್ರೀ/ಡಿ.ಎನ್.ಡಿ (ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ)/ಡಿ.ಸಿ.ಹೆಚ್. ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ವಯೋಮಿತಿ: 60 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 130000/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
11	ಆರವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರು (ಕಾರ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ)	ಎಂ.ಡಿ/ಡಿ.ಎಂ. ಇನ್ ಅನಸ್ಪೆಷಿಯಲ್ ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ವಯೋಮಿತಿ: 60 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 130000/-	1	ಪ.ಪಾ(ಇತರೆ)-1	-
12	ಪ್ರಸೂತಿ ಮತ್ತು ಸ್ತನೋದನೆ ತಜ್ಞರು (ಕಾರ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ)	ಎಂ.ಎಸ್/ಡಿಪ್ಲೊಮಾ ಇನ್ ಓ.ಬಿ.ಪಿ. ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ವಯೋಮಿತಿ: 60 (ವರ್ಷ) (ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಸ್ಕಾನಿಂಗ್‌ನಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತಿಯಿಂದ ತಜ್ಞರಿಗೆ ಅದಕ್ಕೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು)	ರೂ. 130000/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
13	ಬೆನ್ನಾ ಗಣಕಜ್ಞರ ಪಾತ್ರಾ ಸಲಹೆಗಾರರು (ಡಿ.ಸಿ.ಕ್ಯೂ.ಎ)	UG Qualification : MBBS/BDS/AYUSH/Nursing Graduate (Regular Full time from recognized University). PG Qualification : Master in Hospital Administration/ Health Management (MHA- Regular Full time from recognized University), Additional Courses : Training & experience of implementing a recognized quality system like NABH/ISO 9001:2008/Six Sigma/Lean/ Kaizen would be preferred. Experience: 2 years experience in Public Health or Hospital administration. previous work experience in the field of health quality would be an added advantage. Age limit: 45 yr	ರೂ. 42000/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
14	ಇ.ಎನ್.ಪಿ.ತಜ್ಞರು (ಎನ್.ಪಿ.ಓ.ಓ.ಡಿ)	ಎಂ.ಎಸ್ ಇನ್ ಇನ್‌ಫಿರ್ಮಿಟಿ / ಡಿಪ್ಲೊಮಾ ಇನ್ ಇನ್‌ಫಿರ್ಮಿಟಿ, ಮೆಡಿಕಲ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಪಡೆದಿರಬೇಕು. ಅನುಭವ : ಒಂದು ವರ್ಷ. ವಯೋಮಿತಿ: 60 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 110000/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
15	ಶ್ರವಣೋದ್ದೇಶಕರ ಮಕ್ಕಳ ಬೋಧಕರು. (ಎನ್.ಪಿ.ಓ.ಓ.ಡಿ)	ಯುವ ಕಿವುಡು ಮತ್ತು ಶ್ರವಣ ನೈಸರ್ಗಿಕ ತರಬೇತಿಯಲ್ಲಿ ಡಿಪ್ಲೊಮಾ (ಡಿ.ಟಿ.ವೈ.ಡಿ.ಹೆಚ್) ಹೊಂದಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಆರ್.ಸಿ.ಎ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದಿರುವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಪಡೆದಿರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 42 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 15000/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
16	ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು (ಮಹಿಳೆ) (ಎನ್.ಯು.ಹೆಚ್.ಎಮ್)	ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಿ.ಎಸ್.ಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಅಥವಾ ಬಿ.ಎನ್.ಎಂ. ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಸ್.ಸಿ ನೋಂದಣಿ ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು ಮತ್ತು ಜಾತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 45 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 13,225/-	1	-	ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1
17	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು) ಎನ್.ಯು.ಹೆಚ್.ಎಮ್	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯು ಎನ್.ಎಲ್.ಎಲ್.ಸಿ/ಡಿ.ಯು.ಸಿ ಹಾಗೂ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಎಂ.ಎಸ್.ಎಂ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಸ್.ಸಿ ನೋಂದಣಿ ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು ಹಾಗೂ ಜಾತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 40 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 12745/-	1	ಪ.ಪಾ(ಇತರೆ)-1	-
18	ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು (ಮಹಿಳೆ) (ಸಮಗ್ರ ಕ್ಷೇತ್ರ)	BSc in Nursing or Post Basic Nursing BSc (Nursing) or Diploma in Nursing ವಯೋಮಿತಿ: 40 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 13225/- ರಿಂದ ರೂ.13646/-	3	ಸಾ.ಆ(ಮ.ಆ)-1 ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1	ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1
19	ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಸಮಗ್ರ ಕ್ಷೇತ್ರ)	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇಂಟರ್‌ನಿಷ್ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದಿಂದ ಕಾನನ್ಯೂಕೇಷನ್/ ಡಿಗ್ರಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 65 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 43142/-	3	ಸಾ.ಆ(ಮ.ಆ)-1 ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1	ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1
20	ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಪಿ.ಎಂ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ)	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇಂಟರ್‌ನಿಷ್ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದಿಂದ ಕಾನನ್ಯೂಕೇಷನ್/ ಡಿಗ್ರಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 65 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 43142/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
21	ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು (ಮಹಿಳೆ) (ಪಿ.ಎಂ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ)	ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಪ್ಲೊಮಾ ಇನ್ ನರ್ಸಿಂಗ್/ಬಿ.ಎಸ್.ಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಸ್.ಸಿ ನೋಂದಣಿ ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು ಮತ್ತು ಜಾತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 45 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 13932/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
22	ಪ್ರಯೋಗಶಾಲಾ ತಂತ್ರಜ್ಞರು (ಪಿ.ಎಂ ಅಧೀನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ)	ಡಿಪ್ಲೊಮಾ ಇನ್ ಲಾಬ್ ಟೆಕ್ನಿಕ್, ಎಲ್.ಡಿ.ಸಿ-11 ಓ.ಯು.ಸಿ ಯೋಜನೆ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.	ರೂ. 13827/-	1	ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	-
23	ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಎನ್.ಯು.ಹೆಚ್.ಎಮ್)	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇಂಟರ್‌ನಿಷ್ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಕೆ.ಎಂ.ಸಿ.ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು. ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದಿಂದ ಕಾನನ್ಯೂಕೇಷನ್/ ಡಿಗ್ರಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ವಯೋಮಿತಿ: 65 (ವರ್ಷ)	ರೂ. 36750/-	1	ಪ.ಪಾ (ಇತರೆ)-1	-

R.C.H. Officer
BALLARI.

National Health Mission
District Health & Family Welfare Society, Ballari
Telephone No: 08392-273739
District Consultant (Quality Assurance) Application Form

Recent
Passport
Sixe Photo

1	Candidate Name (Full Name):			
2	Father/Husband Name:			
3	D.O.B/Sex	D.O.B:	Sex:	
4	Cast/Sub Cast:	Cast:	Sub Cast:	
5	Full Address With Pin Code &			
6	Mobile/Phone No:			
7	Qualification:			
	First Year:	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
	Second Year :	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
	Third Year :	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
	Fourth Year	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
	Total Marks :	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
Attachment: - Self Attested Duplicate of All Documents Should Be Uploaded. Candidate Should Mention Yes/No in Below Format				
S. No	Documents	Yes	No	Remarks
1	SSLC Marks Card			
2	PUC Marks Card			
3	Degree Marks Card			
4	Degree Certificate			
5	KMC Certificate			
6	Caste Certificate			
7	371(J) Certificate			
8	Experience Certificate			

I ----- Confirms That The Above Mentioned Details Are True.

Signature of the Candidate

National Health Mission
District Health & Family Welfare Society, Ballari
Telephone No: 08392-273739
Instructor for Hearing impaired children Application Form

Recent
Passport
Size Photo

1	Candidate Name (Full Name):			
2	Father/Husband Name:			
3	D.O.B/Sex	D.O.B:	Sex:	
4	Cast/Sub Cast:	Cast:	Sub Cast:	
5	Full Address With Pin Code &			
6	Mobile/Phone No:			
7	Qualification:			
	First Year:	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
	Second Year :	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
	Third Year :	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
	Fourth Year	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
	Total Marks :	Max.Marks:	Obtained Marks:	Percentage:
Attachment: - Self Attested Duplicate of All Documents Should Be Uploaded. Candidate Should Mention Yes/No in Below Format				
S. No	Documents	Yes	No	Remarks
1	SSLC Marks Card			
2	PUC Marks Card			
3	Degree Marks Card			
4	Degree Certificate			
5	Caste Certificate			
6	371(J) Certificate			
7	Experience Certificate			

I ----- Confirms That The Above Mentioned Details Are True.

Signature of the Candidate

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ವಿಜಯನಗರ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ಆಯುಷ್ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ (ಆರ್.ಬಿ.ಎಸ್.ಕೆ) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ನಾಲ್ಕನೇ ವರ್ಷ:	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಿಗಳು:= ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಚೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಶಿಪ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ವಿಜಯನಗರ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ಶುಶ್ರುಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ (ಹೆಚ್.ಡಿ.ಯು.) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			

ಲಗತ್ತಿಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಚೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಪರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ಶುಶ್ರೂಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ(Community Medicin) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಶಿಪ್ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			

ಲಗತ್ತುಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಶಿಪ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ (NUHM) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಿಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
16	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ಪ್ರಯೋಗ ಶಾಲಾ ತಂತ್ರಜ್ಞರ (PM Abhim) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತುಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜಿರಾಕ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಪರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ಶುಶ್ರೂಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ (PM Abhim) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಿಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ (PM Abhim) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತುಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜಿರಾಕ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೇ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಪರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
16	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039
ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ (ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಿಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಶಿಪ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
16	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039
ಶುಶ್ರೂಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ (ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	
	ಇಂಟರ್‌ಶಿಪ್ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಿಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಶಿಪ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ವಿಜಯನಗರ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ(ಎನ್.ಯು.ಹೆಚ್.ಎಂ) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
ಲಗತ್ತುಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ.			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ.			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ.			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಬೆಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ವಿಜಯನಗರ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039

ಶುಶ್ರುಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ (ಎನ್.ಯು.ಹೆಚ್.ಎಂ) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)		
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :		
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :		
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:		
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :		
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:
	ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :		

ಲಗತ್ತಿಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039
ಜಿಲ್ಲಾ ಆಶಾ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕರ ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039
ಬಿ.ಸಿ.ಟಿ.ವಿ ಶುಶ್ರುಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಇಂಟರ್‌ಮೀಡಿಯೇಟ್ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ಮೀಡಿಯೇಟ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ವಿಜಯನಗರ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039
ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

ಹುದ್ದೆ:

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
ಲಗತ್ತಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಿಶಿಪ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
9	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ.			
10	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ಬಳ್ಳಾರಿ
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039
ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡೆ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
16	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಘ, ವಿಜಯನಗರ.
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08394-227039
ಶುಶ್ರೂಷಣಾಧಿಕಾರಿಗಳ (ಡಿ.ಇ.ಐ.ಸಿ) ಹುದ್ದೆಯ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ
ಭಾವ ಚಿತ್ರ

1	ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಹೆಸರು (ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)			
2	ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು :			
3	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ/ಲಿಂಗ :	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	ಲಿಂಗ:	
4	ಜಾತಿ/ ವರ್ಗ:	ಜಾತಿ:	ವರ್ಗ:	
5	ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :			
6	ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:			
7	ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :			
	ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಎರಡನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಮೂರನೇ ವರ್ಷ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ :	ಗರಿಷ್ಠ ಅಂಕ:	ಪಡೆದ ಅಂಕ:	ಶೇಕಡ:
	ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು :			
<p>ಲಗತ್ತಿಗಳು:- ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ಲಗತ್ತಿಸಿದ ವಿವರವನ್ನು ಇದೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.</p>				
ಕ್ರಮ ಸಂ	ವಿವರಗಳು	ಇದೆ	ಇಲ್ಲ	ಷರಾ
1	ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ. ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
2	ಪಿ.ಯು.ಸಿ.ಅಂಕಪಟ್ಟಿ			
3	ಪದವಿ ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ			
4	ಹೌಸ್‌ಮೆನ್‌ಶಿಪ್/ಇಂಟರ್‌ನಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
5	ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
6	ವೃತ್ತಿ ನೋಂದಣಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
7	ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
8	371(ಜೆ) ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
9	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
10	ಕನ್ನಡ ಭಾಷಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
11	ಮಾಜಿ ಸೈನಿಕ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
12	ಅಂಗವಿಕಲ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
13	ಯೋಜನಾ ನಿರಾಶ್ರಿತ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			
14	ಸೇವಾ ಅನುಭವ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ			

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

(ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯ ಸಹಿ)