

જામનગર મહાનગરપાલિકા
આરોગ્ય શાખા

Passport
Size
Photo

- (૧) જગ્યા નું નામ :-
- અટક પોતાનું નામ
- (૨) નામ :-
- (૩) પિતા નું પુરૂં નામ :-
- (૪) અરજી કરનારનું પુરૂં સરનામું :-
- :-
- :-
- :- પિન કોડ નં
- (૫) અરજી કરનાર ના પિતા / માતા નું :-
- પુરૂં સરનામું :-
- :-
- :- પિન કોડ નં
- પિતા / માતાનો મોબાઈલ નંબર :-
- (૬) જન્મ તારીખ :-
- તા.૦૧-૦૮-૨૦૧૯ ના રોજ થતી :- વર્ષ.....માસ.....દિવસ.....
- ઉમર
- (૭) લેન્ડ લાઈન સંપર્ક નંબર :- STD Phone No.
- (૮) ઉમેદવારનો મોબાઈલ નંબર :-
- (૯) ઈ - મેઈલ એડ્રેસ :-

(૧૦) શૈક્ષણિક લાયકાત :- ૧) એ.એન.એમ. માટે

લાયકાત	બેઝીક એફ.એચ.ડબલ્યુ/એ.એન.એમ. કોર્સના કુલ મેળવેલ ટકા	બેઝીક કોમ્પ્યુટર કોર્ષ કરેલનું પ્રમાણપત્ર Y/N	કાઉન્સિલરજીસ્ટ્રેશન નંબર	વધારાની લાયકાત
૧	૨	૩	૪	૫
મેળવેલ ટકાવારી				
પાસ કરેલ વર્ષ				
પાસ કરેલ પ્રયત્ન				

(૧૦-એ.) શૈક્ષણિક લાયકાત :-૨) સ્ટાફ નર્સ. માટે

લાયકાત	બી.એસ.સી. નર્સીંગ ના મેળવેલ ટકા	જી.એન.એમ. મેળવેલ ટકા	બેઝીક કોમ્પ્યુટર કોર્ષ કરેલનું પ્રમાણપત્ર Y/N	કાઉન્સિલરજીસ્ટ્રેશન નંબર	વધારાની લાયકાત
૧	૨	૩	૪	૫	૬
મેળવેલ ટકાવારી					
પાસ કરેલ વર્ષ					
પાસ કરેલ પ્રયત્ન					

— જે ઉમેદવારોએ પ્રથમ પ્રયાસે પાસ કરેલ ન હોય તેવા ઉમેદવારોને પ્રયાસ દિઠ ૨% કપાશે.

(૧૧) અનુભવ ની વિગતો :-

સંસ્થા નું નામ	તારીખ		હોદ્દો તથા કામનો પ્રકાર	અનુભવ		
	કઈ તારીખ થી	કઈ તારીખ સુધી		વર્ષ	માસ	પગાર વર્ષવાર
૧	૨	૩	૪	૫	૬	૭

(૧૨) કોઈ પોલીસ ફરીયાદ / ગુનો

નોંધાયેલ હોય તો તેની વિગતો :-

હું જાહેર કરું છું કે અરજીમાં રજૂ કરેલ વિગતો સાચી છે અને જો મારા ધ્વારા પુરી પાડવામાં આવેલ માહિતી અથવા પુરાવા ખોટા / નકલી અથવા ગેરવર્તણુંક મળી આવે તો, મારી ઉમેદવારી અયોગ્ય ઠરશે.

તા. /૦૯/૨૦૧૯

.....

(ઉમેદવાર ની સહી)