

कार्यालय प्रयोजन

मिति:

दर्ता नं:



हाल सालै
खिचेको फोटो

मिति:

श्री निर्देशक ज्यू
स्वास्थ्य तालिम केन्द्र
पोखरा, गण्डकी प्रदेश

विषय: प्रशिक्षक सुचीमा सुचिकृत हुन पाउँ ।

प्रस्तुत विषयमा स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, गण्डकी प्रदेशको प्रशिक्षक सुचीमा सुचिकृत हुन तपसिलको विवरण सहित यो निवेदन पेस गरेको छु ।

नाम थर:.....

स्थायी ठेगाना प्रदेश:.....

जिल्ला:.....

न.पा/गा.पा:.....

वडा:.....

टोल:.....

सम्पर्क नं:.....

इमेल:.....

हालको ठेगाना : प्रदेश:.....

जिल्ला:.....

न.पा/गा.पा:.....

वडा:.....

टोल:.....

सम्पर्क नं:.....

इमेल:.....

कार्यरत भएको सस्थाको नाम:.....

ठेगाना:.....

दर्ता भएको परिषदको नाम:.....

दर्ता नं:.....

(क) शैक्षिक योग्यता

उपाधि	अध्ययन गरेको विषय	बिस्व बिधालय/ बोर्ड	उत्तीर्ण वर्ष	उत्तीर्ण श्रेणी
एमफिल/पिएचडी				
स्नातकोत्तर				
स्नातक				
प्रमाणपत्र तह				

(ख) कार्य अनुभव

कार्यालयको नाम	पद	समय अवधि		कैफियत
		देखि	सम्म	

--	--	--	--	--

(ग) प्राप्त तालिमको विवरण (TOT/MTOT/CTS मात्र उल्लेख गर्ने)

क्र.सं	तालिमको नाम	तालिम दिने सस्था	तालिमको अबधि	
			देखि	सम्म

(घ) तालिम दिने विषय

क्र.सं	तालिमको क्षेत्र	तालिमको विषय	कैफियत

नोट: स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको इमेल gandakihtc2075@gmail.com मा पेश गर्ने सकिने छ ।

विषयसंग सम्बन्धी निम्न कागजपत्र यसै निवेदन संगै पेश गर्नु पर्ने छ ।

१. नागरिकताको प्रतिलिपि
२. शैक्षिक योग्यताको प्रमाणपत्र प्रतिलिपि
३. अनुभवको प्रमाणपत्र प्रतिलिपि
४. तालिम लिएको प्रमाणपत्र प्रतिलिपि

मिति:.....

हस्ताक्षर:.....

निवेदकको नाम:.....

कार्यालय प्रयोजनको लागि

रुजु गर्न

नाम:..

पद:

मिति:

प्रमाणित गर्ने

कार्यालय प्रमुख

मिति:

निष्कर्ष: