

अपना पासपोर्ट  
फोटो यहा  
चिपकाए

क्षेत्रीय आयुर्वेदीय मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान , नागपुर .....पद  
के लिए व्यक्तिगत जानकारी

अनु. क्र.	उमीदवार का नाम और पता संपर्क के साथ	जन्म तिथि	शैक्षणिक अर्हता	परिणाम का प्रतिशत	अनुभव	संस्था का नाम	पारिश्रमिक	प्रकाशन	टिप्पणी

अन्य जानकारी.....

.....

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि उपर दी गई सभी सूचनाएं मेरे ज्ञान और विश्वास के सर्वोत्तम और सही है और गलत जानकारी प्रस्तुत करने के मामले में कार्यवाही के लिए उत्तरदायी है ।

तारीख :

उमीदवार के हस्ताक्षर

# क्षेत्रीय आयुर्वेदीय मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान

(सीसीआरएएस के अधीन, आयुष मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली)

घरकुल परिसर के पास, एन.आई.टी. कॉम्प्लेक्स, नंदनवन, नागपुर-440 009

## आवेदन के लिए प्रोफार्मा

पद जिसके लिए आवेदन किया गया :-.....

1. नाम : .....

2. पिता / पति का नाम: .....

3. जन्म तिथि: .....

4. राष्ट्रियता: ..... श्रेणी .....

5. वर्तमान डाक पता: - .....

.....

6. स्थायी पता: - .....

.....

7. संपर्क नंबर: - .....

8. ई मेल पता :- .....

9. शैक्षिक योग्यता:

क्र.सं.	उत्तीर्ण परीक्षा	बोर्ड / विश्वविद्यालय	उत्तीर्ण होने का वर्ष	प्रतिशत	विषय/विशेषज्ञता

10. किसी प्रकार की अन्य योग्यता जैसे डिप्लोमा अन्य पाठ्यक्रम: -

11. अनुभव: -

क्र.सं.	संस्थान का नाम	पद	वेतन	पद ग्रहण की तिथि	छोड़ने की तिथि

12. अन्य कोई प्रासंगिक जानकारी यदि हो: -

मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त सभी जानकारी सत्य और सही है, और अगर कोई भी जानकारी किसी भी स्तर पर झुटी/गलत पाई गई तो मेरी उम्मीदवारी बिना कोई कारण बताए किसी भी समय समाप्त हो जाएगी ।

स्थान :

दिनांक:

उम्मीदवार के हस्ताक्षर

हाल ही का  
पासपोर्ट फोटो