

HOSPITAL & RESEARCH CENTRE (P.) LTD.

ॐ हस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर प्रा.लि.

APPLICATION FORM

दस्तुर -

(निवेदकले प्रस्तुत फारममा उल्लेख भएका सबै खाली ठाउँमा भर्नु पर्नेछ । अपूर्ण फारम स्वतः रद्द हुनेछ ।)

यस अस्पतालले माग गरेको पदमा, उम्मेदवारीका लागि मेरो योग्यता पुग्ने भएकोले उक्त पदमा रही कार्य गर्नको लागि प्रस्तुत फारम भरी म दरखास्त बुझाउँदछु ।

पद (Post) :

नाम (देवनागरिमा) :

Name (BLOCK LETTER) :

पिताको नाम, थर (Father's Name) :

बाजेको नाम, थर (Grand Father's Name) :

स्थायी ठेगाना (Permanent Address) : जिल्ला म.न.पा./ न.पा./ गा.वि.स.

वडा नं. गाँउ / टोल घर नं.

अस्थायी ठेगाना (Temporary Address) : जिल्ला म.न.पा./ न.पा./

गा.वि.स. वडा नं. गाँउ / टोल घर नं.

सम्पर्क फोन : निवास (Resident) : मोबाइल (Mobile) :

(Contact Tel . No.) इमेल ठेगाना (E-mail) :

लिङ्ग (Gender) : पुरुष (Male)

महिला (Female)

विवाहित (Married)

अविवाहित (Unmarried)

जन्म मिति :

राष्ट्रियता :

(Date of Birth) : Year Month Day

नागरिकता नं. जारी गरेको मिति र स्थान :

(Citizenship No.)

(Date & Place of Issue)

शैक्षिक योग्यता (Academic Qualification) :

क्र.सं.	उत्तीर्ण गरेको तह	शैक्षिक संस्थाको नाम	मुख्य विषयहरु	उत्तीर्ण वर्ष

(मेरो शैक्षिक योग्यता माग भए भन्दा बढी भएतापनि माग भए बमोजिमकै तहमा रही कार्य गर्नेछु । यस विषयमा कुनै पनि किसिमको आर्थिक तथा तह सम्बन्धी दावी गर्नेछैन)

ब्यवसायिक अनुभव (Professional Experience)

क्र. सं.	कार्यरत रहेको पद	कार्यरत संस्थाको नाम	मिति		समय (कार्य अवधि)	वेड संख्या
			देखि	सम्म		

(प्रतिष्ठित अस्पतालमा कम्तीमा ६ (छ) महिना ब्यवसायिक अनुभव सम्बन्धी पत्र अनिवार्य रुपमा संलग्न गर्नु पर्नेछ)

ब्यवसायिक तालिम (Training)

क्र. सं.	तालिम	तालिम संचालन गर्ने संस्थाको नाम	अवधि		कैफियत
			देखि	सम्म	

(ब्यवसायिक तालिम सम्बन्धी प्रमाणपत्रको छविचित्र संलग्न गर्नुपर्नेछ ।

अन्य विशेष ज्ञान (Extra Knowledge)

क्र. सं.	विषय/Subject	वैचारिक ज्ञान / प्रकाशित कृति, लेख, रचना	ब्यवहारिक ज्ञान	मिति

Reference Person (कार्य दक्षता तथा विषयगत एवं जानकारीको लागि सन्दर्भ ब्यक्ति)

१. नाम : पद : संस्था : फोन नं.

२. नाम : पद : संस्था : फोन नं.

यस अस्पतालको नियम अनुसार माथि उल्लेख गरिएका विवरणहरु सबै विवरण साँचो हुन्, भुटा ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिमको सजाय भोग्न मंजुर गर्दछु ।

यस अस्पतालको नियम तथा प्रक्रिया अनुसार कार्य गर्नु पर्ने सबै जानकारी लिएको छु ।

मिति :

हस्ताक्षर :

नाम :

ठेगाना :