

सं.ए-11011/01/2015-एनयूटी एवं आईडीडी

भारत सरकार

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय,

स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय,

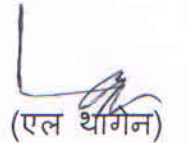
निर्माण भवन, नई दिल्ली

वाक-इन-इंटरव्यू

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय में राष्ट्रीय आयोडीन अल्पता नियंत्रण कार्यक्रम (एनआईडीडीसीपी) के अंतर्गत पूर्णतः अनुबंध के आधार पर सलाहकार(चिकित्सा) के पद के लिए वाक-इन-इंटरव्यू दिनांक 21 सितम्बर, 2015 को डॉ. बी.डी.अथानी, विशेष स्वास्थ्य सेवा महानिदेशक, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, कमरा संख्या 439-ए विंग, चौथी मंजिल, निर्माण भवन, नई दिल्ली में आयोजित किया जाएगा। उपरोक्त पद हेतु योग्यता इस प्रकार है :-

अर्हता:	कम्यूनिटी मैडीसन/ हेल्थ एजुकेशन/ समाज विज्ञान में मेडिकल-एमबीबीएस डिग्री के साथ स्नात्कोत्तर डिप्लोमा
वांछनीय :	विकास, योजना तथा कार्यान्वयन,मोनीटरिंग तथा इवालूएशन के राष्ट्रीय कार्यक्रम में 2 वर्ष
आयु :	65 वर्ष से कम
पारिश्रमिक :	रुपय 60000/- प्रतिमाह

आवेदन प्रपत्र के लिए कृपया स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की वैबसाइट(<http://www.mohfw.nic.in>) देखें । इच्छुक तथा पात्र अभ्यर्थी अपना सीवी ईमेल-gupta.devesh@nic.in के माध्यम से पहले भी भेज सकते हैं। साक्षात्कार में उपस्थित होने वाले अभ्यर्थी पद हेतु अपनी उम्मीदवारी के समर्थन में पूर्णतः भरा हुआ आवेदन प्रपत्र तथा संबन्धित दस्तावेजों की स्व-अनुप्रमाणित प्रतियों के साथ सभी मूल दस्तावेज को अपने साथ ले कर आना होगा। अभ्यर्थियों का पंजीकरण तथा दस्तावेजों की जांच प्रातः 10 बजे आरंभ होगी। प्रातः 11 बजे के बाद पंजीकरण नहीं होगा। पात्र अभ्यर्थियों का साक्षात्कार प्रातः 11 आरंभ किया जाएगा।


(एल थागिन)

निदेशक(एलटी)

स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय
निर्माण भवन, नई दिल्ली

स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय में एनआईडीडीसीपी के अंतर्गत सलाहकार (चिकित्सा) के लिए आवेदन :

स्व अनुप्रमाणित पास पोर्ट
आकार की फोटो चिपकाएं

1. पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में) :
2. लिंग :
3. आयु एवं जन्म तिथि :
4. वैवाहिक :
5. पत्राचार का पता :
6. स्थायी पता :
7. दूरभाष एवं ई.मेल :
8. उत्तीर्ण परिक्षाओं का ब्यौरा (एमबीबीएस से आरम्भ करते हुए) :

परिक्षा का नाम	कक्षा/ डिवीजन	उत्तीर्ण होने का वर्ष	संस्थान /कांलेज	विश्वविद्यालय

9. वांछनीय योग्यता के बाद का अनुभव :
 10. मेडिकल पंजीकरण संख्या तथा पंजीकरण का स्थान :
 11. कोई अन्य सूचना :
 12. संलग्नकों की सूची :
- घोषणा : मैं यह घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा उपरोक्त दी गई सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सही एवं सत्य है ।

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर