

**स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग में संविदा आधार पर एक परामर्शदाता  
(तकनीकी) के पद पर नियुक्ति**

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग राष्ट्रीय दृष्टिहीनता व दृष्टि संबंधी दिव्यां गता नियंत्रण कार्यक्रम (एनपीसीबी एंड वीआई) के तहत 60,000/- रू. के समेकित मासिक पारिश्रमिक पर एक परामर्शदाता (तकनीकी) के पद पर नियुक्ति हेतु योग्य व्यक्तियों से आवेदन आमंत्रित करता है। पात्रता मानदंड, जिम्मेदारियां, टीओआर तथा अन्य ब्यौरे अभ्यर्थियों के सूचनार्थ स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की सरकारी वेबसाइट [www.mohfw.nic.in](http://www.mohfw.nic.in) पर अपलोड कर दी गई है। विधिवत भरे गए आवेदनों को श्री जिले सिंह विकल, उप-सचिव, कमरा सं.- 435-सी, निर्माण भवन, मौलाना आजाद रोड़, नई दिल्ली-110108 को भेजा जाए।

आवेदन प्राप्त होने की अंतिम तिथि 5 सितंबर, 2017 है।

Eligibility Criteria for the post of Consultant (Technical) (Health) are as under:

**i. Qualification & Experience:**

a) **Essential:** M.B.B.S., MD (PH)/PSM/ Post graduation or higher qualification in Public Health/ Community Health/ Preventive and Social Medicine/ Social Science in Health.

**b) Desirable:**

(i) At least 3 years work experience post qualification in Health Systems Research or Planning and Implementation of Services delivery;

(ii) Familiarity with computer and internet usage.

**ii. Remuneration:**

Rs. 60,000/- (consolidated) per month salary

**iii. Age limit:** Below 45 years.

**Ministry of Health & Family Welfare, Nirman Bhawan, New Delhi-110108**  
**NATIONAL PROGRAMME FOR CONTROL OF BLINDNESS AND VISUAL IMPAIRMENT**

**Recruitment of Contractual staff**

APPLICATION FORM

Photograph

To be filled by office only

Name of the post\_\_\_\_\_

Post applied for \_\_\_\_\_

1. Name of the Applicant : \_\_\_\_\_
2. Father's Name : \_\_\_\_\_
3. Date of Birth : \_\_\_\_\_
4. Age as on\_10/08/2017 : \_\_\_\_\_
5. Gender : M/F : \_\_\_\_\_
6. Educational Qualification : \_\_\_\_\_

S.No.	Academic/Professional Qualification	Name of Institution	Board/ University	Course Duration Year of Passing	Division/ Grade & %age

**7. Experience**

S.No.	Designation	Name of Institution/ Employer	From..... To.....	Field of Experience	Salary drawn


8. Training/Short Course attended:

9. Contact Details:

(a) Mailing Address : \_\_\_\_\_

(b) Permanent Address : \_\_\_\_\_

(c) Telephone Number : (Res.) \_\_\_\_\_ (Mob) \_\_\_\_\_

(d) E-mail ID : \_\_\_\_\_

10. Documents to be enclosed: Self attested (Please tick)

(i) Degree/Diploma/Certificate ( )

(ii) Experience Certificates ( )

(iii) Age Proof ( )

11. Undertaking:

I hereby certify that all the information given above is true to the best of my knowledge. If any of the above information is found to be incorrect at a later stage, I shall be liable to be disqualified/terminated from the service.

Date: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Signature of the Applicant