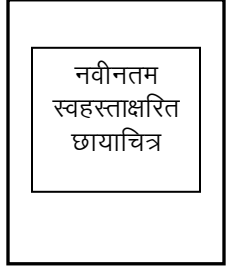


vkonu i = dk i k: i

प्रति,

मुख्य अभियंता
लोक स्वास्थ्य यांत्रिकी विभाग
जबलपुर परिक्षेत्र, जबलपुर।



fo" k; %& ----- i n ij l fonk fu; fDr grq vkonu
i =A
ftyk -----

1. (अ) आवेदक/आवेदिका का पूरा नाम (हिन्दी में) :-
- (ब) अंग्रेजी में (कैपिटल अक्षरों में) :-
2. पिता/पति का नाम :-
3. आवेदक/आवेदिका का दूरभाष क्रमांक (एस.टी.डी. कोड सहित)/मोबाईल क्रमांक
-
4. लिंग-(महिला/पुरुष) :-
5. पत्र व्यवहार का पता (पिन कोड सहित) :-
-
6. पत्र व्यवहार का स्थायी पता (पिन कोड सहित) :-
-
7. जन्मतिथि (10+2 परीक्षा के प्रमाण पत्र पर आधारित) :-
8. दिनांक 31.12.2017 को आयु वर्ष माह दिन
9. जाति :- (सक्षम अधिकारी का प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति)
10. रोजगार कार्यालय का जीवित पंजीयन क्रमांक दिनांक एवं
रोजगार कार्यालय का नाम (सक्षम अधिकारी का प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति)
11. शैक्षणिक योग्यता :-.....
..... (प्रमाणपत्रों की सत्यापित प्रति)
12. संलग्न प्रमाणपत्रों की सत्यापित प्रतियों की सूची -

¼1½ ¼2½ ¼3½
¼4½ ¼5½ ¼6½

?kk's'k. kk i =

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा ऊपर दी गई जानकारी सत्य हैं, अगर असत्य पाई जाती हैं तो मेरे खिलाफ वैधानिक कार्यवाही की जा सकेगी। मैं यह भी घोषित करता/करती हूँ कि मेरे अन्तिम जीवित बच्चों का जन्म (यदि दो से अधिक जीवित बच्चे हों तो) 26.01.2001 के पश्चात् नहीं हुआ है।

दिनांक स्थान

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर