



Gramin Swasthya Mitra



ग्रामीण स्वास्थ्य मित्र

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, बिहार सरकार

“RUN & MANAGED BY”

विक्रमशिला स्वास्थ्य एवं तकनीकी शिक्षा परिषद

VIKRAMSHILA HEALTH AND TECHNICAL EDUCATION COUNCIL

AN AUTONOMOUS ORGANIZATION, REGD. BY MCA GOVT. OF INDIA UNDER COMPANY ACT - 2013 AND REGD. GOVT. OF NCT-DELHI

CIN NO.- U80904DL2022NPL406186 | NCT-DELHI REGD. NO.- 1688

REGD. UNDER CR ACT-1957, MHRD GOVT. OF INDIA (DEPT. OF SECONDARY AND HIGHER EDUCATION)

REGD. BY NCS-MINISTRY OF LABOUR AND EMPLOYMENT GOVT. OF INDIA

REGD. BY MINISTRY OF MICRO SMALL AND MEDIUM ENTERPRISES GOVT. OF INDIA

REGD. BY NITI AYOJ GOVT. OF INDIA
MEMBER EARLY CHILDHOOD ASSOCIATION (ECA)

APPROVED BY SKILL INDIA (NSDC)

(AN ISO 9001:2015 CERTIFIED ORGANIZATION)

Corporate & Communication Office: G1-454, Dal Mill Road Near Vidya Memorial Public School, Uttam Nagar, New Delhi-110059

Regd. Office: H. No. 738, Ground Floor, Blk-d, Jahangirpuri City North East Delhi- 110033.

नामांकन-पत्र

सेवा में,

निदेशक/प्रशिक्षण प्रभारी

विक्रमशिला स्वास्थ्य एवं तकनीकी शिक्षा परिषद

विषय: प्रशिक्षण हेतु नामांकन के संबंध में।

महाशय,

Apply For

a. GSM ☐

b. BHM ☐

c. DHM ☐

d. SHPD ☐

यहाँ अपना हाल का
सींचा हुआ पासपोर्ट
साईज का फोटो
चिकायें।

‘ग्रामीण स्वास्थ्य मित्र’ का प्रशिक्षण प्राप्त करने हेतु मैं भी एक इच्छुक उम्मीदवार हूँ। मुझे परिषद के सभी नियम मान्य हैं। मेरा नाम, पता एवं योग्यता निम्न प्रकार है। अगर मेरे द्वारा गलत जानकारी/व्यवहार पाया जाता है तो प्रशिक्षण से वंचित करने का अधिकार प्रशिक्षण प्रभारी को होगा।

1. प्रशिक्षण केन्द्र /Traning Centre : _____

2. नाम / Name: _____

3. पिता/पति का नाम F/o/w/o Name: _____

4. जन्म तिथि /DOB:

5. शैक्षणिक योग्यता / Educational Qualification: _____

6. आरक्षण कोटि :

सामान्य ☐

पिछड़ी जाति ☐

अत्यंत पिछड़ी जाति ☐

अनुसूचित जाति ☐

अनुसूचित जनजाति ☐

दिव्यांग ☐ महिला ☐

7. स्थाई पता : ग्राम.....पोस्ट.....

वार्ड सं०.....पांचायत.....थाना.....

जिला.....राज्य.....पिन.....

मोबाईल

वॉट्सएप नं०

8. इस कोर्स के बारे में आपको कैसे जानकारी मिली।

1) पर्वे ☐

1) बैनर ☐

1) पड़ोसी/मित्र ☐

4) रैली ☐

5) भूतपूर्व विद्यार्थी ☐

6) बैडकें ☐

7) घर पर आकर जानकारी दी ☐

8) कोई अन्य ☐

9. इस कोर्स के अलावा आपकी किस अन्य कोर्स में दिलचस्पी है ?

1) 2) 3)

10. इस कोर्स को पूरा करने के बाद आपकी भविष्य की क्या योजनाएँ हैं?

1) नौकरी ☐

2) स्वयं रोजगार ☐

1) अतिरिक्त शिक्षा ☐

2) कोई अन्य ☐

11. प्रशिक्षणार्थी का हस्ताक्षर.....तिथि.....

कृपया मुझे ‘ग्रामीण स्वास्थ्य मित्र’ प्रशिक्षण प्राप्त करने हेतु अनुमति दी जाय।

नोट : आवेदन फार्म आवेदक स्वयं अपने हाथों से भरें।