

श्रीमान

नेपाल स्वास्थ्य सेवा (तेश्रो संशोधन) ऐन २०५३ बमोजिम स्तरवृद्धि भै तहमा मिलान हुनको निमित्त यो आवेदन फारम भरी पेश गरेको छु ।

१. आवेदकको नाम थर: २. शुरु नियुक्ति मिति: ३. पद:
४. बढुवा नियुक्ति मिति: ५. पद: ६. समूह/उप समूह:
७. यसअघि मिलान भएको तह: ८. समूह/उप समूह:
९. दरबन्दी रहेको कार्यालयको नाम: १०. हाल कार्यरत कार्यालयको नाम:
११. ऐनको दफा ९ क बमोजिमको अवस्था (क), (ख), र (घ) को अवस्था रहेको/नरहेको:
१२. ऐनको दफा ९ को उपदफा (.....) बमोजिम स्तरवृद्धि हुन दावि गरिएको तह:

सेवाको विवरण:

क्र.सं.	कार्यालयको नाम (नियुक्ति देखि हाल सम्मको)	दुर्गम क्षेत्र	नियुक्ति/सुरुवा /बढुवा वा तह मिलान	निर्णय वा सिफासिर मिति	हाजिर भएको मिति	हासिल उच्चतम शैक्षिक योग्यता	गयल कट्टि मिति..... देखिसम्म	तलब वृद्धि रोक्का मिति देखि सम्म	बढुवा रोक्का मिति देखि सम्म	असाधारण (अध्ययन) विदा अवधि मिति देखि सम्म	कार्यालयमा अनुपस्थित मिति देखिसम्म	कैफियत

टिप्पणी: माथिको विवरणमा उल्लेखित सबै व्यहोरा प्रमाणित गर्ने कागजात सलग्न हुनु पर्नेछ ।

माथि उल्लेखित विवरणमा कुनै व्यहोरा भुटा लेखिएको ठहरे
कानून बमोजिम सजाय स्विकार गर्नेछु भनी सहिछाप गर्ने :

कर्मचारीको नाम, थर :

पद:

दस्तखत:

दायाँ वा बायाँ औलाको छाप:

मिति:

आवेदनमा निजले मेरो रोहबरमा सहिछाप गरेको हो, उपर्युक्त व्यहोरा
कार्यालयमा रहेको अभिलेख बमोजिम ठिक छ भनी सहिछाप गर्ने:

कार्यालय/विभागिय प्रमुखको नामथर:

दर्जा:

दस्तखत:

मिति:

कार्यालयको छाप: