

# उत्तराखण्ड स्टेट आयुष मिशन सोसायटी

डांडा लखौण्ड, सहस्त्रधारा रोड, देहरादून, दूरभाष- 0135-2608742, 2608760

संख्या- 10/44/अधि0-3/2016-17

दिनांक 29 सितम्बर 2016

## विज्ञापित

उत्तराखण्ड स्टेट आयुष मिशन सोसायटी के अन्तर्गत निम्नलिखित पदों को संविदा के आधार पर भरे जाने हेतु आवेदन पत्र आमंत्रित किये जाते हैं-

क्र०सं०	पद का नाम	कुल पद	वेतन/मानदेय	योग्यता
1*	प्रोग्राम मैनेजर	01	रु० 30000/-प्रतिमाह	आयुष में स्नातक एवं हैल्थ मैनेजमेन्ट में डिप्लोमा एवं कम्प्यूटर का ज्ञान होना आवश्यक है।
2*	कन्सलटेन्ट	01	रु० 30000/- प्रतिमाह	सेवानिवृत्त चिकित्सक (बी०ए०एम०एस०) जिसका आयुष मिशन में कार्य करने का अनुभव हो।

\* उक्तलिखित पदों को दिनांक 31 मार्च 2017 तक ही अनुबन्धित किया जायेगा। आयुष मिशन, भारत सरकार, नई दिल्ली से अनुमति के उपरान्त संविदा अवधि विस्तारित की जा सकेगी।

### नोट -

1. अभ्यर्थी की आयु न्यूनतम 21 वर्ष एवं अधिकतम 65 वर्ष होनी चाहिए।
2. आवेदित पद का नाम लिफाफे के ऊपर अंकित किया जाना आवश्यक है।
3. यदि किसी अभ्यर्थी द्वारा एक से अधिक पद हेतु आवेदन किया जाता है तो प्रत्येक पद हेतु अलग-अलग आवेदन किया जाना आवश्यक है।
4. साक्षात्कार हेतु किसी भी प्रकार का यात्रा भत्ता देय नहीं होगा।
5. आवेदन पत्र को स्वीकृत/अस्वीकृत किये जाने का अन्तिम निर्णय चयन समिति का होगा।
6. आवेदन पत्र के साथ अपना पूरा पता लिखा एक लिफाफा (रु० 40 के डाक टिकट चिपके हुए) अवश्य संलग्न करें।
7. आवेदन पत्र सदस्य सचिव, उत्तराखण्ड स्टेट आयुष मिशन सोसायटी/निदेशक, आयुर्वेदिक एवं यूनानी सेवायें, उत्तराखण्ड, डांडा-लखौण्ड, सहस्त्रधारा रोड, देहरादून 248001 के पते पर पंजीकृत डाक से दिनांक 20 अक्टूबर 2016 को सांय 04:00 बजे तक प्राप्त होना चाहिए।

सदस्य सचिव,

प्रोग्राम मैनेजर एवं कन्सलटेन्ट के पद हेतु आवेदन पत्र का प्रारूप

आवेदित पद का नाम.....

स्व:प्रमाणित फोटो

1. अभ्यर्थी का नाम (हिन्दी में).....
2. अभ्यर्थी का नाम (अंग्रजी के कैपिटल लैटर्स में).....
3. पिता/पति का नाम .....
4. जन्म तिथि (अंको में) .....
- दिनांक 01.07.2016 को आयु ..... वर्ष ..... माह ..... दिन .....
5. पत्राचार का पता .....
6. स्थायी पता .....
- .....दूरभाष (मो0) नम्बर .....
7. शैक्षिक योग्यता-

क्रमांक	शैक्षिक योग्यता	बोर्ड का नाम	संस्था का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्तांक/पूर्णांक	प्रतिशत
1	2	3	4	5	6	7

8. व्यावसायिक योग्यता-

क्र0सं0	व्यवसायिक योग्यता का विवरण	बोर्ड का नाम	संस्था का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष/माह	प्राप्तांक/पूर्णांक	प्रतिशत
1	2	3	4	5	6	7

9. कन्सलटेन्ट पद हेतु भारतीय चिकित्सा परिषद् उत्तराखण्ड अथवा होम्योपैथिक चिकित्सा परिषद में पंजीकरण संख्या ..... वैद्यता अवधि .....

*Sw*

## घोषणा

उपरोक्त प्रपत्र मेरे द्वारा भरा गया है, तथा इसमें अंकित सभी तथ्य मेरी जानकारी के अनुसार पूर्ण एवं सत्य हैं।

स्थान .....

दिनांक .....

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर

### संलग्नकों की संख्या -

1. जन्म तिथि प्रमाण-पत्र।
2. मूल निवास प्रमाण-पत्र।
3. शैक्षिक योग्यता का प्रमाण-पत्र एवं अंक तालिका।
4. भारतीय चिकित्सा/होम्योपैथिक चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड का पंजीकरण प्रमाण-पत्र।
5. स्वयं पता लिखे 23x10 से0मी0 के दो लिफोफे जिनमें पंजीकृत डाक टिकट लगे हों।
6. दो चरित्र प्रमाण-पत्र (राजपत्रित अधिकारियों द्वारा प्रदत्त)।
7. आयुष मिशन में कार्य किये जाने का गत् दो वर्षों का अनुभव प्रमाण-पत्र।

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर व नाम

2/