

दिनांक

प्रति,

संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें,
बिलासपुर (छ0ग0)

विषय :-


दावा आपत्ति प्रस्तुत करने विषयक।

—000—

1	आवेदन क्रमांक (Application No.)	
2	आवेदक का पूरा नाम (हिन्दी में)	
3	आवेदक का पूरा नाम (अंग्रेजी के कैपिटल लेटर में)	
3	पिता/पति का नाम	
4	आवेदक का पूर्ण पता	
5	दावा-आपत्ति का संक्षिप्त विवरण	
5	संलग्न दस्तावेज	

नोट :- अभ्यर्थी उपरोक्तानुसार जानकारी के साथ दावा-आपत्ति का पूर्ण विवरण एवं उक्त संबंध में संबंधित दस्तावेज संलग्न कर स्वयं हस्ताक्षरित प्रति स्कैन कर संबंधित पद के ई-मेल आई.डी. में ही भेजा जाना सुनिश्चित करें।

आवेदक का हस्ताक्षर


Director Health Services
Bilaspur (C.G.)