

प्रति

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा छ.ग.

विषय:- दावा-आपत्ति प्रस्तुत करने विषयक

—00—

01	आवेदन क्रमांक {Application no}	
02	आवेदक का पूरा नाम (हिन्दी में)	
03	आवेदक का पूरा नाम (अंग्रेजी के केपिटल लेटर में)	
04	पिता/पति का नाम	
05	दावा -आपत्ति का संक्षिप्त विवरण	
06	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 mitaninanm@gmail.com में ही भेजा जाना सुनिश्चित करें।

आवेदक का हस्ताक्षर