

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला कबीरधाम छ.ग.

विषय :- दावा-आपत्ति प्रस्तुत करने विषयक।

—00—

01.	आवेदन क्रमांक एवं रोल नंबर (Application_No. & Roll_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 लिए ई-मेल आई.डी. (cmho12Kabirdham@gmail.com) में ही भेजा जाना सुनिश्चित करें।

आवेदक का हस्ताक्षर