

दिनांक :

प्रति,

संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें,
सरगुजा संभाग, अम्बिकापुर, छ.ग.।

विषय— दावा—आपत्ति प्रस्तुत करने विषयक।

—00—

1	आवेदन क्रमांक (Application No.)	
2	आवेदक का पूरा नाम (हिन्दी में)	
3	आवेदक का पूरा नाम (अंग्रेजी के कैपिटल लेटर में)	
4	पिता/पति का नाम	
5	दावा—आपत्ति का संक्षिप्त विवरण	
6	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. jdmitaninsn@gmail.com में ही भेजा जाना सुनिश्चित करें।

आवेदक के हस्ताक्षर

संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवा।
सरगुजा-संभाग-अम्बिकापुर (छ.ग.)