

प्रति,

संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें  
बस्तर संभाग (छ.ग.)


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 केपिटल लेटर में)	
4	पिता/पति का नाम	
5	आवेदक का पूर्ण पता	
6	दावा-आपत्ति का संक्षिप्त विवरण	
7	संलग्न दस्तावेज	

नोट :- अभ्यार्थी 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(jdhealthbstar20@gmail.com) में ही भेजा जाना सुनिश्चित करें।

दिनांक.....

  
संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें  
बस्तर संभाग, जगदलपुर (छ.ग.)

आवेदक का हस्ताक्षर