



“कोभिड-१९ यन्त्रिड कोशी अस्पताल”

उम्मेदवार दरखास्त फारम

5
2073/02
मिडिकल डिप्लोमा
प्रमुख

उम्मेदवारको	नाम शर	देवानागरीमा	जारी गर्ने जिल्ला	जारी मिति:	वडा नं.
	नागरिकता नं.	अप्रेजी ठूलो अक्षरमा	पालिका		
स्थायी ठेगाना	जिल्ला:		फोन नं.		
पत्राचार गर्ने ठेगाना:			इ-मेल		
बाबुको नाम, शर			आमाको नाम शर		
बाजेको नाम शर			पति/पत्नीको नाम शर		
जन्म मिति वि.स.			इस्वी सन्मा		

शैक्षिक योग्यता/तालिम (दरखास्त फारम भरेको पलको लागी चाहिने आवश्यक न्यूनतम शैक्षिक योग्यता/तालिम मात्र उल्लेख गर्ने)

आवश्यक न्यूनतम योग्यता	विश्व विद्यालय/बोर्ड/तालिम दिने संस्था	शैक्षिक उपाधि	सकाय	श्रेणी	प्रतिशत	केफियत
शैक्षिक योग्यता						
तालिम						

उम्मेदवारको दस्तखत