

आवेदन सं:- - _____

त्रिपोलिया स्कूल ऑफ नर्सिंग
त्रिपोलिया सोशल सर्विस अस्पताल गुलजारबाग पोस्ट
पटना 800007, बिहार फोन नं. 7463946353

ए. एन. एम. प्रशिक्षण के लिए आवेदन

वर्तमान
पासपोर्ट
साइज फोटो

1. नाम (अंग्रेजी में लिखें) -----
2. जन्म तिथि: ----- 3. उम्र: -----
4. विवाहित या अविवाहित ----- 5. धर्म: -----
6. ऊँचाई: -----सेंटीमीटर 7. वजन: -----किलोग्राम
8. स्थायी पता : -----

9. आधार नंबर: ----- 10. फोन नं:-----
11. वर्तमान पता : -----
-----12. फोन नं:-----

13. शैक्षणिक योग्यता का विवरण:

	बोर्ड/परिषद का नाम	वर्ष	कुल प्राप्तांक	प्रतिशत	श्रेणी	अंग्रेजी के प्राप्तांक	गणित के प्राप्तांक	हिन्दी के प्राप्तांक
माध्यमिक								
इन्टरमीडिएट								

14. यदि कोई प्रतियोगिता प्रमाणपत्र मिला हो, तो उसका विवरण लिखें :-

15. पिता का नाम (अंग्रेजी में लिखें) -----

16. पिता/अभिभावक का नाम , यदि पिता अभिभावक नहीं है: -----

17. रिश्ता : ----- 15. उम्र: ----- 16. पेशा: -----

18. इस अस्पताल में यदि कोई रिश्तेदार कार्यरत है , तो उसका नाम एवं रिश्ता लिखें:

19. यदि आप धर्मसंघी हैं , तो प्रथम मन्त की तिथि एवं धर्मसमाज का नाम लिखें:

20. आप क्यों उपचारिका बनना चाहती हैं -----

21. आप क्यों ए. एन. एम. प्रशिक्षण इस संस्थान में करना चाहती हैं: -----

22. माता – पिता एवं भाई – बहनों का विवरण

नाम	रिश्ता	उम्र	पेशा	पता

23. प्रशिक्षण अवधि में अधिकृत मुलाकातियों की सूची

नाम	रिश्ता	फोन नम्बर	पूरा पता

घोषणा

हमलोग यह घोषणा करते हैं कि आवेदन में दिये गये विवरण सही है। हमलोग उपचारिका प्रशिक्षण केन्द्र , त्रिपोलिया अस्पताल , पटना की नियमावली एवं पाठ्य विवरण पत्र पढ़ा है। हम संस्थान के सभी नियमों का पालन ईमानदारी से करने का वचन देते हैं।

(पिता/अभिभावक का हस्ताक्षर)

तिथि: -----

(आवेदक का हस्ताक्षर)

तिथि: -----

(गवाह का हस्ताक्षर)

तिथि: -----

आवेदन जमा की तिथि ----- आवेदन की पुष्टि-----

