

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें

मध्य प्रदेश

क्रमांक 3/पक/सेल-2/2017/384

भोपाल, दिनांक

24/4/2017

प्रति,

01. समस्त क्षेत्रीय संचालक, समस्त सम्भाग, मध्यप्रदेश।
 02. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, मध्यप्रदेश।
 03. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, म.प्र.
- विषय:- विभागीय प्रमोटी एलएचवी प्रशिक्षण हेतु चयन करने के संबंध में।

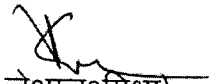
000-000

विषयान्तर्गत लेख है कि संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश द्वारा महिला बहुउद्देशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता (एएनएम) का एलएचवी प्रशिक्षण हेतु सत्र 2017 के लिये चयन कर प्रशिक्षण 01 जुलाई 2017 से प्रारंभ किया जाना है। संचालनालय के पत्र क्रमांक 3/पक/सेल-2/2017/333 दिनांक 07.04.2017 में आवेदन प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि 24.04.2017 निर्धारित की गई थी, के स्थान पर दिनांक 06.05.2017 अंतिम तिथि निर्धारित की जाती है। जिसके लिये सेवा शर्तें व आवेदन पत्र निम्नानुसार हैं:-

(अ) एलएचवी प्रशिक्षण के लिये आपके अधीनस्थ समस्त संस्थाओं में कार्यरत विभागीय नियमित एएनएम सत्र 2017 में प्रशिक्षण के लिये इच्छुक उम्मीदवार, जो निम्नानुसार योग्यता रखते हों, वे अपना आवेदन भेजें :-

01. आवेदक की शैक्षणिक योग्यता 10+2 बारहवी उत्तीर्ण हो।
02. एएनएम का प्रशिक्षण उत्तीर्ण हो।
03. एएनएम का नर्सिंग कौंसिल में जीवित पंजीयन प्रमाण पत्र सत्यापन कर आवेदन पत्र के साथ संलग्न हो।
04. आवेदिका की नियमित सेवायें 01.07.2017 को 5 वर्ष से कम न हो। (संविदा की सेवा मान्य नहीं होगी, इसे न जोड़ा जायें।
05. आवेदिका की आयु दिनांक 01.07.2017 को 48 वर्ष से अधिक न हो।
06. निर्धारित प्रारूप में चिकित्सा प्रमाण पत्र (गर्भवती महिला को इस प्रशिक्षण हेतु अनुशंसा न की जाये) सीएमएचओ/सी.एस. द्वारा जारी किया होना आवश्यक है।
07. शैक्षणिक योग्यता व जाति प्रमाण-पत्र तथा सेवा संबंधी पूर्ण रिकार्ड सक्षम अधिकारी द्वारा प्रमाणित होना अनिवार्य है।
08. आवेदिका को एलएचवी प्रशिक्षण केन्द्र, ग्वालियर में जाने की सहमति संबंधी शपथ पत्र प्रस्तुत करना होगा।
09. जाति प्रमाण-पत्र सक्षम अधिकारी एस.डी.ओ. द्वारा जारी किया गया हो, सेवा पुस्तिका में अंकित हो।
10. आवेदिका के विरुद्ध विभागीय जांच, लोकायुक्त प्रकरण, आर्थिक अपराध अथवा न्यायालयीन प्रकरण लंबित न हो।

- (ब) आवेदन पत्र का प्रारूप इस पत्र के साथ संलग्न कर भेजा जा रहा है। प्रशिक्षण में चयन संबंधी जानकारी एवं शर्तें निम्नानुसार हैं:-
- (01) एलएचव्ही प्रशिक्षण के लिये आवेदकों का चयन वरिष्ठता के आधार पर किया जावेगा।
 - (02) आवेदिका को प्रशिक्षण सफलतापूर्वक उत्तीर्ण होने के उपरांत एलएचव्ही के पद पर वरीयता अनुसार पद रिक्त होने की स्थिति में पदोन्नति की पात्रता होगी।
 - (03) चयन पश्चात उम्मीदवारों को आदेश प्राप्ति के 3 दिवस के अन्दर अपनी सहमति या असहमति संचालनालय को प्रस्तुत करना होगा।
 - (04) किसी भी कर्मचारी द्वारा प्रशिक्षण किसी भी कारण पूर्ण न करने पर आगामी पांच वर्ष तक इस प्रशिक्षण हेतु आवेदन करने की पात्रता नहीं रहेगी। इसकी प्रविष्टि संबंधित कर्मचारी की सेवा पुस्तिका में अंकित की जायेगी।
 - (05) प्रशिक्षणार्थियों को होस्टल में रहना अनिवार्य है। नियत छात्रावास में रहकर छात्रावास के नियमों का पालन करना, निर्धारित गणवेश पहनना तथा मैस में ही भोजन करना अनिवार्य है। अलग से किसी भी प्रशिक्षणार्थी को भोजन बनाने तथा होस्टल से बाहर रहकर प्रशिक्षण प्राप्त करने की अनुमति नहीं दी जायेगी।
 - (06) निर्धारित प्रारूप में चिकित्सा प्रमाण-पत्र एवं अन्य शैक्षणिक योग्यता व जाति प्रमाण-पत्र, सेवा संबंधित पूर्ण रिकार्ड सक्षम अधिकारी द्वारा प्रमाणित होना अनिवार्य है।
 - (07) प्रशिक्षणार्थी शासकीय सेवा में है, अतः उनसे समस्त आचरण नियमों का पालन करने की अपेक्षा की जाती है। अनुशासनहीनता करने पर तथा नियमों का उल्लंघन या अवेहलना करने पर नियमानुसार दण्डात्मक कार्यवाही तथा प्रशिक्षण में व्यय की गई राशि को वसूली करने का अधिकार विभाग को होगा।
 - (08) प्रशिक्षण के उपरान्त आयोजित की जाने वाली परीक्षा का शुल्क जो भी निर्धारित हो वह प्रशिक्षणार्थी को देना होगा।
 - (09) गलत जानकारी या अपूर्ण जानकारी मान्य नहीं की जायेगी एवं आवेदक को अपात्र घोषित किया जायेगा। समस्त प्रमाण-पत्र सक्षम अधिकारी द्वारा सत्यापित होना अनिवार्य है। अंतिम तिथि 06.05.2017 के उपरांत प्राप्त आवेदन अस्वीकार एवं अमान्य माने जावेगे।


 (डॉ० जे०एल०मिश्रा)
 संचालक
 (परिवार कल्याण)
 संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,
 म.प्र.

आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

संचालक,
परिवार कल्याण,
पाचवी मंजिल, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,
सतपुडा भवन, भोपाल(म.प्र.)

यहां पर नवीन पासपोर्ट
साईज छायाचित्र लगायें

- (1) प्रशिक्षण कोर्स का नाम
- (2) नाम कुमारी / श्रीमती
- (3) पिता / पति का नाम
- (4) पदनाम
- (5) वर्तमान पदस्थापना स्थान
- (6) जन्म दिनांक (10 वी की अंकसूची के आधार पर)
- (7) वर्तमान पता
- (8) नियमित प्रथम नियुक्ति दिनांक
- (9) ए.एन.एम. प्रशिक्षण उत्तीर्ण करने का दिनांक पूर्णांक प्राप्तांक प्रतिशत
- (10) नर्सिंग कौंसिल का जीवित पंजीयन क्रमांक व दिनांक
- (11) अनुसूचित जाति / जनजाति का सक्षम अधिकारी का प्रमाण-पत्र (यदि हों तो प्रमाण पत्र संलग्न करें)
- (12) शैक्षणिक योग्यता
- (13) चिकित्सा प्रमाण-पत्र (मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी / सिविल सर्जन द्वारा जारी) समस्त प्रमाण पत्रों की छायाप्रति सक्षम अधिकारी द्वारा सत्यापित कर संलग्न करें।

आवेदिका का नाम

हस्ताक्षर

पद

जिला