संचालनालय स्वास्थ्य सेवाऐं
मध्य प्रदेश

क्र.9/नर्सिंग/सेल–3/16 भोपाल दिनांक / /2016

प्रति

1. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
2. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, मध्यप्रदेश।
3. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक मध्यप्रदेश।
4. समस्त अधीक्षक क्षय चिकित्सालय, मध्यप्रदेश।
5. अधीक्षक, जन सेवा रूग्णालय इटारसी/रानी दुर्गावती, चिकित्सालय जबलपुर/ के.एन.के. चिकित्सालय, भोपाल/इन्दौर/नेहरू चिकित्सालय बुरहानपुर मध्यप्रदेश ।
6. प्राचार्य नर्सिंग महाविधालय उज्जैन/जबलपुर।

विषय :– एम.एस.सी. नर्सिंग/ बी.एस.सी. नर्सिंग योग्यताधारी स्टॉफ नर्सो को 6 माह का (कम्यूनिटी हैल्थ ब्रिज कोर्स) सर्टिफिकेट कोर्स हेतु आवेदन प्राप्त किये जाने के संबंध में।

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के सुधार एवं उन्नयन की दृष्टि से लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के अधीन कार्यरत स्टॉफ नर्सेस (बी.एस.सी. नर्सिंग/एम.एस.सी. नर्सिंग उत्तीर्ण) हेतु **6 माह का** सर्टिफिकेट कोर्स शासकीय नर्सिंग महाविद्यालय उज्जैन एवं जबलपुर में प्रारंभ किया जाना है। इस कोर्स हेतु पाठयक्रम इंदिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय (इग्नू) द्वारा तैयार किया जावेगा।

संचालनालय स्वाथ्य सेवाऐं मध्यप्रदेश द्वारा वर्ष 2016–17 में नर्सिंग संवर्ग (एम.एस.सी. नर्सिंग/बी.एस.सी. नर्सिंग) हेतु 6 माह का (कम्यूनिटी हैल्थ ब्रिज कोर्स) सार्टिफिकेट कोर्स प्रारम्भ किया जाना है जिसके लिये आवश्यक शर्ते निम्नानुसार है :–

अ. पाठयक्रम का माध्यम :– अंग्रेजी

ब. पाठयक्रम की अवधि :– 06 माह

स. शैक्षणिक सत्र :– प्रतिवर्ष 1 जनवरी एवं 1 जुलाई

द. पात्रता :–

- विभाग में कार्यरत स्टॉफ नर्स जिनकी सेवा अवधि कम से कम 05 वर्ष हो।
- अधिकतम आयु सीमा 35 वर्ष एवं अनु.जाति/जनजाति हेतु 05 वर्ष की छूट दी जाकर 40 वर्ष।
- प्रशिक्षण मे चयन हेतु इंदिरा गांधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय (इग्नू) द्वारा लिखित परीक्षा आयोजित की जावेगी। चयन परीक्षा में उत्तीर्ण के उपरांत ही प्रशिक्षण हेतु चयन किया जावेगा।
- लिखित परीक्षा 11 दिसंबर 2016 को ली जावेगी।

प्रशिक्षण उपरांत प्राप्त लाभ :–

- सफलता पूर्वक पाठ्यक्रम समाप्ति उपरांत उम्मीदवार को चिकित्सक विहीन स्वास्थ्य केंद्रो में कम से कम 5 वर्ष हेतु कम्यूनिटी हेल्थ ऑफिसर (सी.एच.ओ.) की पोस्टिंग दी जावेगी।

विशेष नोट :–

अ/ आवेदन के साथ निम्नांकित जानकारी / अभिलेख संलग्न करे।

1. बी.एस.सी. नर्सिंग उत्तीर्ण अंकसूची की छायाप्रति।
2. 10 वीं उत्तीर्ण की अंकसूची की छायाप्रति ।
3. नियमित शासकीय सेवा का अनुभव – पत्र।
4. मुख्य चिकित्सा एंव स्वास्थ्य अधिकारी/सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक द्वारा प्रदत्त शारीरिक योग्यता प्रमाण पत्र।
5. आवेदन में नवीन पासपोर्ट साइज का फोटो सत्यापित कर भिजवायें।
6. नियंत्रक अधिकारी का अनुशंसा पत्र जिसके अधीन कार्यरत है।
7. आवेदिका का नाम व पता साफ एंव स्वच्छ अक्षरों में अंकित करें। अधूरे एंव अस्पष्ट आवेदन पत्रों पर विचार नही किया जावेगा। प्रमाण–पत्र की छायाप्रति या अभिप्रमाणित प्रतियां आवेदन पत्र के साथ संलग्न कर भेजी जावें।

(डॉ. जे.एल. मिश्रा)
संचालक(नर्सिंग)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाऐं
मध्यप्रदेश

पृ.क.9/नर्सिग/सेल–3/16/1001 भोपाल दिनांक 25/11/2016

प्रतिलिपि – सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

1. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मध्यप्रदेश।
2. निज सचिव आयुक्त, स्वास्थ्य सेवायें, स्थानीय कार्यालय, भोपाल।
3. मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन भोपाल म.प्र.।
4. प्रभारी एम.आई.एस. स्थानीय कार्यालय की ओर विभागीय बेवसाईट **www.health.mp.gov.in** पर कृपया प्रसारित करने हेतु ।

संचालक(नर्सिंग)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाऐं
मध्यप्रदेश

कम्यूनिटी हैल्थ ब्रिज कोर्स प्रशिक्षण हेतु आवेदन पत्र

नोट– अपूर्ण एंव अस्पष्ट आवेदन पत्रों पर चयन हेतु विचार नही किया जायेगा। संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें मध्य प्रदेश भोपाल में आवेदन पत्र प्राप्त होने की **अंतिम तिथी 3 दिसंबर 2016 होगी।**

आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

संचालक (नर्सिंग)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश।

यहां पर नवीन पासपोर्ट साइज छाया चित्र लगायें

(1) प्रशिक्षण कोर्स का नाम – ....

(2) नाम कुमारी/ श्रीमति – ....

(3) पिता / पति का नाम – ....

(4) पदनाम – ....

(5) अनुसूचित जाति/जनजाति का सक्षम अधिकारी का प्रमाण पत्र (यदि हॉ तो प्रमाण पत्र संलग्न करें) – ....
अनुसूचित जाति अनुसूचित जनजाति

(6) वर्तमान पदस्थापना स्थान – ....

(7) जन्म दिनांक (10 वीं की अंकसूची) – ....

(8) वर्तमान पता – ....

(9) नियमित प्रथम नियुक्ति दिनांक(पदनाम सहित) – ....

(10) बी.एस.सी. नर्सिंग उत्तीर्ण करने का दिनांक एवं संस्था का नाम ....

(11) नर्सिग कौसिल का जीवित पंजीयन दिनांक – ....

(12) चिकित्सा प्रमाण पत्र – ....

(मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ अधिकारी /सिविल सर्जन द्वारा जारी)

समस्त प्रमाण पत्रों की छायाप्रति सक्षम अधिकारी द्वारा सत्यापित कर संलग्न करें।

आवेदिका का नाम..
हस्ताक्षर ....
पद ....
जिला ....

शासकीय प्रमाण –पत्र

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एंव स्वास्थ्य अधिकारी / सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक ....। प्रमाणित किया जाता है कि आवेदिका कुमारी/श्रीमति.. ....पदनाम ....द्वारा दी गई समस्त जानकारी उनकी सेवा पुस्तिका से सत्यापित की गई है। आवेदिका के विरूद्व कोई विभागीय जॉच, लोकायुक्त प्रकरण आर्थिक अपराध प्रकरण एवं न्यायालयीन प्रकरण की जांच लम्बित नही है। (यदि है तो विवरण देवें।)

अतः इस प्रशिक्षण में प्रवेश देने हेतु अंनुशसा करता हूँ।

दिनांक ....
स्थान ....

हस्ताक्षर नाम एवं पद मुद्रा सहित
कार्यालय मुख्य चिकित्सा एंव
स्वास्थ्य अधिकारी/सिविल सर्जन सह मुख्य
अस्पताल अधीक्षक जिला
मध्यप्रदेश