

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

क्र./प्रशि./सुशा. संस्थान/2020/ 692
प्रति,

भोपाल, दिनांक 15/11/2019

समस्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी/
समस्त सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक
मध्य प्रदेश

विषय : सर्टिफिकेट कोर्स इन पब्लिक हैल्थ मेनेजमेंट में प्रवेश हेतु आवेदन प्रस्तुत करने बाबद।


लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग द्वारा पब्लिक हेल्थ फाउण्डेशन ऑफ इंडिया (पी.एच.एफ.आई.) के सहयोग से अटल बिहारी बाजपेई, सुशासन संस्थान, भोपाल में पब्लिक हैल्थ मेनेजमेंट विषय में 3 माह की अवधी का सर्टिफिकेट कोर्स दिनांक 6 जनवरी 2020 से प्रारंभ किया जाएगा।

इस पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु नियमित चिकित्सा अधिकारियों से आवेदन पत्र आमंत्रित किये जा रहे हैं, आवेदन हेतु निम्नानुसार मापदंड निर्धारित है:-

1. शैक्षणिक योग्यता - एमबीबीएस/बीडीएस
2. अधिकतम आयु - 45 वर्ष (दिनांक 01.01.2020 की स्थिति में)।
3. सेवा का प्रकार - नियमित
4. अनुभव - 03 वर्ष (दिनांक 01.01.2020 की स्थिति में)

नामांकित उम्मीदवार का विगत 03 वर्षों का सेवा विवरण बहुत अच्छा/उत्कृष्ट श्रेणी का होना चाहिए। नामांकित आवेदक के विरुद्ध किसी भी प्रकार की कोई विभागीय जांच लंबित होने की स्थिति में उनका आवेदन अग्रेषित नहीं किया जाना चाहिए।

कृपया संलग्न प्रपत्र में इच्छुक आवेदकों के आवेदन अपने स्तर पर पुष्टि पश्चात् दिनांक 05 दिसम्बर 2019 तक ई-मेल आईडी training.dhsmp@gmail.com पर अथवा अधोहस्ताक्षरकर्ता को भेजना सुनिश्चित करे। सर्टिफिकेट कोर्स में स्थान सिमित है अतः प्राप्त आवेदन पत्रों के आधार पर अंतिमरूप से चयन साक्षात्कार के आधार पर किया जायेगा।
संलग्न: प्रपत्र।


(राकेश मुंशी)

संयुक्त संचालक (प्रशिक्षण)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

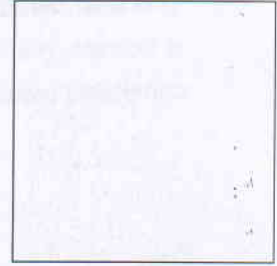
प्रतिलिपि:-कृपया सूचनार्थ

1. प्रमुख सलाहकार, अटल बिहारी बाजपेई, सुशासन संस्थान, भोपाल।
2. प्रमुख सचिव, मध्य प्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, भोपाल।
3. आयुक्त, स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।
4. मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश।
5. संचालक, प्रशिक्षण, मध्यप्रदेश।
6. संचालक (वित्त), राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश।
7. समस्त क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।

संयुक्त संचालक (प्रशिक्षण)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

Application Form for Certificate Course in Public Health Management

Name: Dr.
Father's /Husband Name:.....
Category:
Date Of Birth:(DD/MM/YYYY)
Gender:
Mobile No:..... Email ID:
Address for correspondence :
.....



Employment Details:

PSC Year & Merit No:		Date of First Joining(DD/MM/YYYY):	
Currently working as:		Place of Posting:	
Date of Posting at present posting place:			

Education Qualification (Regular Courses):

S.No.	Qualification Details	Institute/University	Passing Year
1	MBBS		
2	M.D./M.S. Diploma		
3	Any other health related courses		

Whether undergone PGDPHM/MPH from PHFI/TISS/Any other institute - Yes/NO

If yes, then provide details :

Preferred field of Work:

List of Rewards / Recognitions: (in last 03 years):

Signature
(Name & Designation)

Date:
Place:

Certification

This is to certify that the details, Submitted above by Dr.
is correct. His/Her work during past 3 years was found to be good/very good/excellent. No
complaint/ inquiry/Legal Proceeding is pending against him/her.

Date:

Signature of CM&HO/CS
With seal