

درخواست فارم برائے ملازمت پے سکیل 4۵1

سیریل نمبر

دی میڈیکل ڈائریکٹر
دی چلڈرن ہسپتال، اینڈ
انسٹیٹیوٹ آف چائلڈ ہیلتھ لاہور

قومی شناختی کارڈ نمبر (کھینٹا لازمی ہے)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام: _____ ولدیت/شوہر: _____

تاریخ پیدائش: _____ ڈومیسائل: _____ جنس: مرد/عورت/علاوہ:

عارضی رہائشی پتہ: _____

مستقل رہائشی پتہ: _____

فون نمبرز: (ا) _____ (ب) _____

تعلیمی قابلیت

نمبر شمار	تعلیم	پاس کردہ سال	کل نمبر	حاصل کردہ نمبر	گریڈ	ادارے کا نام
1	پرائمری					
2	مڈل					
3	میٹرک					
4	انٹرمیڈیٹ					
5	بی۔اے					

درج ذیل میں عہدوں کی تفصیل بمعہ تجربہ لکھیں جن میں درخواست دینے کے خواہشمند ہیں:

نمبر شمار	عہدہ کے نام بمعہ سکیل	کوٹہ	تجربہ				برائے فوری استعمال						
			ادارے کا نام	آغاز	اختتام	دورانہ	پرائمری	مڈل	میٹرک	ایس۔ اے			
1													
2													
3													
4													
5													
6													

ذیل میں دیئے گئے دستاویزات کی تصدیق شدہ فوٹوکاپی لف کریں:

1. شناختی کارڈ 2. ڈومیسائل 3. تعلیمی سرٹیفکیٹ 4. تجربہ سرٹیفکیٹ 5. ایک عدد پاسپورٹ سائز تصویر 6. دیگر متعلقہ دستاویزات

دستخط درخواست گزار