



श्रीमान सचिव ज्यू

स्वास्थ्य मन्त्रालय, बागमती प्रदेश, हेटौडा, मकवानपुर ।

प्रदेश निजामती सेवा ऐन, २०७९ दफा ३० को उपदफा (२) बमोजिम सेवा, समूह,औ तहमा तह वृद्धि हुनको निमित्त यो आवेदन फारम भरि पेश गरेको छु ।

१. आवेदकको नाम, थर: २. शुरु नियुक्ति मिति:, हालको तहमा तह वृद्धि भएको मिति:
३. हालको पदको: पदनाम: सेवा समूह: उपसमूह:, तह:
४. तह वृद्धि हुनुपर्ने: पदनाम: सेवा समूह: उपसमूह:, तह:
५. दरबन्दी रहेको कार्यालयको नाम: ६. हाल कार्यरत कार्यालयको नाम:
६. दफा ३० को उपदफा (२) बमोजिम स्तरवृद्धि हुन दावी गरिएको तह:

सेवाको विवरण

क्र. सं.	कार्यालयको नाम (हालको तहमा नियुक्ति देखि हाल सम्मको)	निर्णय वा सिफारिस मिति	हाजिर भएको मिति	हासिल उच्चतम शैक्षिक योग्यता	गयल कट्टी मितिदेखिसम्म	तलव वृद्धि रोक्का मिति देखि सम्म	बढुवा रोक्का मिति देखि सम्म	कैफियत
१								
२								
३								

७. पछिल्लो पाँच वर्षको कार्यसम्पादन मूल्यांकन रहेको कार्यालयहरू

आ. व.	कार्यालय, ठेगाना
०७९/८०	
०७८/७९	
०७७/७८	
०७६/७७	
०७५/७६	

द्रष्टव्य: माथिको विवरणमा उल्लेखित सबै व्यहोरा प्रमाणित गर्ने कागजात सलग्न हुनु पर्नेछ । प्रतिलिपिमा सक्कल बमोजिम नक्कल ठिक छ भनी प्रतिलिपिको पछाडी आफैले सहि गर्नुपर्नेछ ।

माथि उल्लेखित विवरणमा कुनै व्यहोरा झुठा लेखिएको ठहरे कानून बमोजिम सजाय स्वीकार गर्नेछु भनि सहिछाप गर्ने: कर्मचारीको नाम,थर:

पद:

दस्तखत:.....

दायाँ वा बायाँ ओलाको छाप मिति:.....

बायाँ	दायाँ
-------	-------

आवेदनमा निजले मेरो रोहवरमा सहिछाप गरेको हो, उपयुक्त व्यहोरा कार्यालयमा रहेको अभिलेख बमोजिम ठिक छ भनि सहिछाप गर्ने:कार्यालय/विभागीय प्रमुखको

नामथर:

दर्जा:

दस्तखत:

मिति:.....

कार्यालयको छाप