

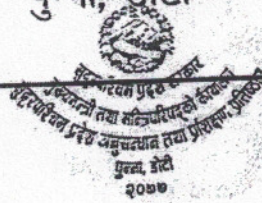


सुदूरपश्चिम प्रदेश सरकार
मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय

सुदूरपश्चिम प्रदेश अनुसन्धान तथा प्रशिक्षण प्रतिष्ठान

पुन्ना, डोटी

च.नं. / Ref.No.



मिति : २०८२/०२/२५

सूचना !

सूचना !!

सूचना !!!

सुदूरपश्चिम प्रदेश अनुसन्धान तथा प्रशिक्षण प्रतिष्ठान, पुन्ना, डोटीबाट आ.व. २०८२/०८३ मा संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका सहायकस्तर चौथो र पाँचौ, अधिकृत स्तर छैठौ, सातौ र आठौ तहका कर्मचारीहरूका लागि ३०/३५ कार्यदिने सेवाकालीन प्रशिक्षण संचालन गरिने हुँदा सम्बन्धित सबैको जानकारीका लागि यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ । सेवाकालिन प्रशिक्षणमा भाग लिन इच्छुक सहायक स्तर चौथो/पाँचौ तहका कर्मचारीहरूले हाल बहाल रहेको पदमा ३ वर्ष सेवा अवधि तथा अधिकृत स्तरको हकमा ५ वर्ष सेवा अवधि पुरा भएका कर्मचारीहरूले यस सूचनाका साथमा संलग्न गरिएको मनोनयन फाराम भरि सम्बन्धित कार्यालयको सिफारिस सहित आवश्यक विवरण खुलाई प्रतिष्ठानको इमेल ठेगानामा पठाउन हुन अनुरोध छ ।

नोट : मनोनयन फाराम भरि पठाउने अन्तिम मिति २०८२ साल आषाढ ३२ गते भित्र ।

इमेल : inservicetrainingsprta@gmail.com

सम्पर्क नं. : ०९४-४१११७२, ९८६८ ८८४०३३

बोधार्थ :

श्री मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय, धनगढी, कैलाली,

श्री स्थानीय तह सबै, सुदूरपश्चिम प्रदेश,

श्री जिल्ला प्रशासन कार्यालय सबै, सुदूरपश्चिम प्रदेश

(Signature)
कार्यकारी निर्देशक

धनगढी उप-महानगरपालिका
दर्ता नं. १४४३३

मिति : ०८/०८/२५
दस्तखत



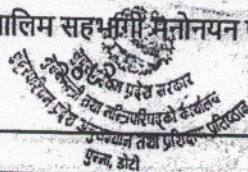
प्रदेश सरकार

मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय

सुदूरपश्चिम प्रदेश अनुसन्धान तथा प्रशिक्षण प्रतिष्ठान पुत्रा, डोटी
सेवाकालीन तालिम सहभागी मनोनयन फारम

कार्यकारी निर्देशक

फोटो



कर्मचारी व्यक्तिगत विवरण :

कर्मचारीको नाम थर :	कर्मचारी संकेत नं. :
जन्म मिति :	सम्पर्क नम्बर :
मोबाइल नं. :	इमेल :
स्थायी ठेगाना :	
शैक्षिक योग्यता :	
तपाईं शारीरिक रूपमा अशक्त हुनुहुन्छ ?	छु छैन (यदि हुनुहुन्छ भने कस्तो प्रकारको अशक्तता)
तपाईं आफुलाई के भन्न रुचाउनु हुन्छ ?	क. हिमाली ख. पहाडी ग. तराई घ. पिछडिएको क्षेत्र
तपाईं आफुलाई कुन समुहमा राख्नु हुन्छ ?	
.....आदिवासी जनजातिदलितब्राहमणक्षेत्रीमधेसीमुस्लिम अन्य	

पेशागत विवरण

पद :	श्रेणी / समुह	सेवा : समूह
कार्यालयको नाम ठेगाना :		
शुरु नियुक्ति मिति :	इमेल :	
	पद :	
वर्तमान पदमा पदोन्नती / नियुक्ति भएको :		
प्रशिक्षण सम्बन्धी विवरण		
वर्तमान पदमा यस भन्दा पहिला तालिम लिएको	छ	छैन
लिएको भए :		
क्र.स.	तालिमको नाम तथा तालिम संचालन गर्ने संस्थाको नाम र ठेगाना	अवधि
१		
२		
हाल सिफारिस गरिएको तालिमको नाम:		

नाम:
मनोनित कर्मचारीको सही :
सहि:
मिति:

नाम:
सिफारिस गर्ने कार्यालय प्रमुखको
सहि:
मिति:

कार्यालयको छाप

निवेदकमाथि उल्लेखित विवरण ठिक साँचो भएको स्वोघोसणा सहित निवेदन गर्दछु

उक्त मनोनयन तोकिएको म्याद भित्र यस Email : inservicetrainingsprta@gmail.com मा पठाउनु पर्नेछ
तोकिएको म्याद भित्र प्राप्त नभएको मनोनयन लाई स्वीकृत गरिने छैन ।

०११ तालिमकारी आबश्यक भागमा उल्लेखित फोन तथा मोबाइल नम्बरमा सम्पर्क गर्न सक्नुहुनेछ । ०९४-४१११७२, ९८६८८८४०३३