

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी / सिविल सर्जन सह मुख्य
अस्पताल अधीक्षक
जिला.....

क्रमांक / 2018 /

जिला..... दिनांक / / 2018

अनापत्ति प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि :-

सुश्री / श्रीमति..... स्टाफ नर्स जिला..... की सेवा
अभिलेख में अंकित प्रथम नियुक्ति दिनांक है। सुश्री श्रीमति.....
स्टाफ नर्स के पद पर निरन्तर नियमित रूप से वर्षों से कार्यरत है।

2/ सुश्री श्रीमति स्टाफ नर्स के विरुद्ध कोई विभागीय जाँच एवं
लोकायुक्त प्रकरण, आर्थिक अपराध प्रकरण एवं न्यायालयीन प्रकरण लंबित नहीं है।

3/ सुश्री / श्रीमति..... की परिवीक्षा अवधि दिनांक को समाप्त
हुई है।

4/ सुश्री / श्रीमति द्वारा पद हेतु
आवेदन करने पर आपत्ति नहीं है।

दिनांक.....

स्थान.....

हस्ताक्षर.....

पदनाम.....

सील.....