



No.NHM/1378/2020/DPMSU-MLPM

ആരോഗ്യകേരളം, മലപ്പുറം
തീയതി. 13/05/2020

പത്രക്കുറിപ്പ്

അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു

ജില്ലാ ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ സമിതിക്കു കീഴിൽ കരാർ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ലേഡി ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ നിയമനത്തിനായി കേരള നഴ്സസ് ആന്റ് മിഡ്വൈഫ് കൗൺസിൽ രജിസ്ട്രേഷനും, കേരള ആരോഗ്യ വകുപ്പിൽ നിന്നും പി.എച്ച്.എൻ./പി.എച്ച്.എൻ.എസ്./ പി.എച്ച്.എൻ. ട്യൂട്ടർ/ ഡി.പി.എച്ച്.എൻ./എം.സി.എച്ച്. ഓഫീസർ തസ്തികയിൽ സേവനം അനുഷ്ഠിച്ച് വിരമിച്ചവരുമായവരിൽ നിന്നും നിശ്ചിത ഫോറത്തിൽ അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു.

ഉയർന്ന പ്രായപരിധി: 60 വയസ്സ്

ശമ്പളം: 20,000/-

ഒഴിവുകളുടെ എണ്ണം : ഒന്ന്.

ഉദ്യോഗാർത്ഥികൾ 2020 മെയ് 25 ന് വൈകീട്ട് 5 മണിക്ക് മുമ്പായി മലപ്പുറം സിവിൽ സ്റ്റേഷൻ ബി-3 ബ്ലോക്കിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ആരോഗ്യകേരളം ജില്ലാ ഓഫീസിൽ യോഗ്യതകൾ തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെ പകർപ്പുകൾ സഹിതം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്കും അപേക്ഷ ഫോറത്തിനും ജില്ലാ ഓഫീസുമായോ www.Arogyakeralam.gov.in എന്ന വെബ്സൈറ്റിലോ ബന്ധപ്പെടുക.

ഫോൺ: 0483 2730313



[Handwritten Signature]
ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം മാനേജർ
ആരോഗ്യകേരളം, മലപ്പുറം

പകർപ്പ്:

1. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം ഓഫീസ്.
2. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസ്(ആരോഗ്യം).
3. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത്.



APPLICATION FORM

| | | |
|----|--|--|
| 1 | Name of the post applied | |
| 2 | Name of the Candidate (In capital letter) | |
| 3 | Age & Date of Birth (dd/mm/yyyy) | |
| 4 | Gender | |
| 5 | Full Address with pin code | |
| 6 | a) Candidate's Mobile phone no | |
| | b) Any other Mobile phone no/ Land line no | |
| 7 | Email Address | |
| 8 | Aadhar No. | |
| 9 | PAN No. | |
| 10 | Marital status | |
| 11 | Religion and Caste | |

Educational Qualification

| Course | University/Board | College/Institution | Total % of Marks scored | Year of Passing |
|--------|------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Work experience:

| Institution | Period | | Designation | Work description |
|-------------|--------|----|-------------|------------------|
| | from | to | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Declaration

I hereby declare that the above furnished details are true and correct to the best of my knowledge.

Candidate's Signature with date



No.NHM/1377/2020/DPMSU-MLPM

ആരോഗ്യകേരളം, മലപ്പുറം
തീയതി. 13/05/2020

പത്രക്കുറിപ്പ്

അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു

ജില്ലാ ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ സമിതിക്കു കീഴിൽ ജില്ലയിലെ വിവിധ ആരോഗ്യസ്ഥാപനങ്ങളിലേക്ക് കരാർ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ജെ.പി.എച്ച്.എൻ നിയമനത്തിനായി എ.എൻ.എം യോഗ്യതയും, കേരള നഴ്സസ് ആന്റ് മിഡ്വൈഫ് കൗൺസിൽ രജിസ്ട്രേഷനും, ഉള്ള ഉദ്യോഗാർത്ഥികളിൽ നിന്നും അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു.

പ്രായപരിധി : 01/06/2020 ന് 40 വയസ്സ് കവിയരുത്

ശമ്പളം : 14000/-

ഒഴിവുകളുടെ എണ്ണം : 15

താൽപര്യമുള്ള ഉദ്യോഗാർത്ഥികൾ 2020 മെയ് 25 ന് വൈകീട്ട് 5 മണിക്ക് മുമ്പായി മലപ്പുറം സിവിൽ സ്റ്റേഷൻ ബി-3 ബ്ലോക്കിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ആരോഗ്യകേരളം ജില്ലാ ഓഫീസിൽ യോഗ്യതകൾ തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെ പകർപ്പുകൾ സഹിതം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്കും അപേക്ഷ ഫോറത്തിനും ജില്ലാ ഓഫീസു മായോ www.Arogyakeralam.gov.in എന്ന വെബ്സൈറ്റിലോ ബന്ധപ്പെടുക.

ഫോൺ: 0483 2730313



ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം മാനേജർ
ആരോഗ്യകേരളം, മലപ്പുറം.

പകർപ്പ്:

1. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം ഓഫീസ്
2. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസ്(ആരോഗ്യം)
3. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത്



APPLICATION FORM

| | | |
|----|--|--|
| 1 | Name of the post applied | |
| 2 | Name of the Candidate (In capital letter) | |
| 3 | Age & Date of Birth (dd/mm/yyyy) | |
| 4 | Gender | |
| 5 | Full Address with pin code | |
| 6 | a) Candidate's Mobile phone no | |
| | b) Any other Mobile phone no/ Land line no | |
| 7 | Email Address | |
| 8 | Aadhar No. | |
| 9 | PAN No. | |
| 10 | Marital status | |
| 11 | Religion and Caste | |

Educational Qualification

| Course | University/Board | College/Institution | Total % of Marks scored | Year of Passing |
|--------|------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Work experience:

| Institution | Period | | Designation | Work description |
|-------------|--------|----|-------------|------------------|
| | from | to | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Declaration

I hereby declare that the above furnished details are true and correct to the best of my knowledge.

Candidate's Signature with date



No.NHM/1379/2020/DPMSU-MLPM

ആരോഗ്യകേരളം, മലപ്പുറം
തീയതി. 13/05/2020

പത്രക്കുറിപ്പ്

അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു

ജില്ലാ ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ സമിതിക്കു കീഴിൽ ജില്ലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന മൊബൈൽ ഇന്റർവെൻഷൻ യൂണിറ്റിലേക്ക് കരാർ അടിസ്ഥാനത്തിൽ നിയമിക്കുന്നതിനായി താഴെ പറയുന്ന തസ്തികളിലേക്ക് അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നു. യോഗ്യരായ ഉദ്യോഗാർത്ഥികൾ 2020 മെയ് 25 ന് വൈകീട്ട് 5 മണിക്ക് മുമ്പായി മലപ്പുറം സിവിൽ സ്റ്റേഷൻ ബി-3 ബ്ലോക്കിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ആരോഗ്യകേരളം ജില്ലാ ഓഫീസിൽ യോഗ്യതകൾ തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റുകളുടെ പകർപ്പുകൾ സഹിതം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

| ക്രമ നം. | തസ്തികയുടെ പേര് | യോഗ്യത | പ്രായപരിധി | ശമ്പളം |
|----------|-----------------------------|---|----------------------------------|----------|
| 1 | ഡെവലപ്പ്മെന്റ് തൊഴിലിസ്റ്റ് | <ol style="list-style-type: none"> അംഗീകൃത സർവ്വകലാശാലയിൽ നിന്നും ഏതെങ്കിലും വിഷയത്തിൽ ബിരുദം. ക്ലിനിക്കൽ ചൈൽഡ് ഡവലപ്പ്മെന്റിൽ പി.ജി. ഡിപ്ലോമ അല്ലെങ്കിൽ ഡിപ്ലോമ ഇൻ ക്ലിനിക്കൽ ചൈൽഡ് ഡവലപ്പ്മെന്റ് ന്യൂബോൺ ഫോളോ അപ്പ് ക്ലിനിക്കിൽ ഒരു വർഷത്തെ പ്രവൃത്തി പരിചയം | 01/06/2020 ന് 40 വയസ്സ് കവിയരുത് | 20,000/- |
| 2 | ഓഡിയോളജിസ്റ്റ് | <ol style="list-style-type: none"> അംഗീകൃത സർവ്വകലാശാലയിൽ നിന്നും ലഭിച്ച സ്പീച്ച് ആന്റ് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജി ബിരുദം. ആർ.സി.ഐ രജിസ്ട്രേഷൻ ഒരു വർഷത്തെ പ്രവർത്തി പരിചയം | 01/06/2020 ന് 40 വയസ്സ് കവിയരുത് | 20,000/- |

കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക് ജില്ലാ ഓഫീസുമായോ [www. Arogyakeralam.gov.in](http://www.Arogyakeralam.gov.in) എന്ന വെബ്സൈറ്റിലോ ബന്ധപ്പെടുക.

ഫോൺ: 0483 2730313, 858900957



(Signature)
ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം മാനേജർ
ആരോഗ്യകേരളം, മലപ്പുറം

പകർപ്പ്:

1. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ പ്രോഗ്രാം ഓഫീസ്
2. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസ്(ആരോഗ്യം)
3. നോട്ടീസ് ബോർഡ്, ജില്ലാ പഞ്ചായത്ത്



APPLICATION FORM

| | | |
|----|--|--|
| 1 | Name of the post applied | |
| 2 | Name of the Candidate (In capital letter) | |
| 3 | Age & Date of Birth (dd/mm/yyyy) | |
| 4 | Gender | |
| 5 | Full Address with pin code | |
| 6 | a) Candidate's Mobile phone no | |
| | b) Any other Mobile phone no/ Land line no | |
| 7 | Email Address | |
| 8 | Aadhar No. | |
| 9 | PAN No. | |
| 10 | Marital status | |
| 11 | Religion and Caste | |

Educational Qualification

| Course | University/Board | College/Institution | Total % of Marks scored | Year of Passing |
|--------|------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Work experience:

| Institution | Period | | Designation | Work description |
|-------------|--------|----|-------------|------------------|
| | from | to | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Declaration

I hereby declare that the above furnished details are true and correct to the best of my knowledge.

Candidate's Signature with date