



गण्डकी प्रदेश प्रशिक्षण प्रतिष्ठान

सेवाकालीन तालिम

सहभागीको मनोनयन फारम

फोटो

(फोटोमा पर्ने गरी
हस्ताक्षर गर्नुपर्नेछ)

कर्मचारीको व्यक्तिगत विवरण			
कर्मचारीको नाम थर:		कर्मचारी संकेत नम्बर :-	
जन्म मिति:		सम्पर्क नं:	
मोबाइल नम्बर:		ईमेल:	
स्थायी ठेगाना:			
शैक्षिक योग्यता:			
तपाईं शारिरिक रूपमा अशक्त हुनुहुन्छ ?		☐ छु ☐ छैन (यदि हुनुहुन्छ भने कस्तो प्रकारको शारिरिक अशक्तता हो, खुलाउनुहोस्.....)	
तपाईं आफुलाइ कुन समुहमा राख्नुहुन्छ ?			
☐ आदिवासी जनजाती ☐ दलित ☐ ब्राम्हण ☐ क्षेत्री ☐ मधेशी ☐ मुसलमान ☐ अन्य.....			
पेशागत विवरण			
पद:	श्रेणी/तह:	सेवा:	समुह:
कार्यालयको नाम र ठेगाना:			
कार्यालयको फोन नं.:		कार्यालयको ईमेल:	
शुरू नियुक्ति मिति:		पद:	
वर्तमान पदमा पदोन्नति/नियुक्ति भएको मिति:			
प्रशिक्षण सम्बन्धी विवरण:			
वर्तमान पदमा यस भन्दा पहिला तालिम लिएको ☐ छु ☐ छैन			
तालिम लिएको भए:			
क्र.सं.	तालिमको नाम	तालिम सञ्चालन गर्ने संस्थाको नाम, ठेगाना	अवधी
१.			
२.			
३.			
हाल सिफारिस गरिएको तालिमको नाम:			
अवधी:			

मनोनित कर्मचारीको

सही:

मिति:

सिफारिस गर्ने कार्यालय प्रमुखको

सही:

नाम:

कार्यालयको छाप