

पत्रांक-2/एम-03/2017-

बिहार सरकार  
स्वास्थ्य विभाग

Sri Krishan Medical College, Muz.

Letter No:-.....

Date:-.....

Receiver Sign

जगदीश कुमार  
विशेष कार्य पदाधिकारी।

सेवा में,

प्राचार्य/अधीक्षक,  
सभी मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल, बिहार  
निदेशक, आई०जी०आई०सी०, पटना।  
सभी सिविल सर्जन, बिहार  
अधीक्षक, जय प्रकाश नारायण अस्पताल, गया।  
अधीक्षक, लोक नायाक जय प्रकाश नारायण अस्पताल,  
राजवंशी नगर, पटना।  
अधीक्षक, अतिविशिष्ट नेत्र अस्पताल,  
राजेन्द्र नगर पटना।  
अधीक्षक प्रभावती अस्पताल, गया।

पटना, दिनांक / / 2017

विषय : नवनियुक्त विशेषज्ञ चिकित्सा पदाधिकारियों को ग्रेड-पे- PB-3+6600 दिये जाने के संबंध में।

महाशय,

उपर्युक्त विषय के सम्बन्ध में कहना है कि बिहार लोक सेवा आयोग के विज्ञापन संख्या-1/2014 से 12/2014 में चयनित नवनियुक्त विशेषज्ञ चिकित्सकों जिनका कार्यानुभव क्रमशः तीन वर्ष एवं पाँच वर्ष हो उन्हें PB-3+6600 दिया जाना प्रस्तावित है।

अतः वैसे विशेषज्ञ चिकित्सक जिन्हें क्रमशः तीन वर्ष एवं पाँच वर्षों का कार्यानुभव प्राप्त है वे पत्र के साथ संलग्न विहित प्रपत्र में वांछित सूचना भरकर विभाग को पत्र निर्गत की तिथि से एक माह के अन्दर उपलब्ध कराना सुनिश्चित किया जाय।

विश्वासभाजन

ह०/-

(जगदीश कुमार)

विशेष कार्य पदाधिकारी

पटना, दिनांक - 14/12/2017

ज्ञापंक-2/एम-03/2017-

प्रतिलिपि : आई०टी०मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को विभागीय वेबसाइट पर अपलोड

करने हेतु सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यार्थ प्रेषित।

विशेष कार्य पदाधिकारी



बिहार सरकार  
स्वास्थ्य विभाग

बिहार स्वास्थ्य सेवा के विशेषज्ञ चिकित्सा पदाधिकारियों को  
ग्रेड पे-PB 3+6600 देने संबंधी प्रपत्र

1. पदाधिकारी का नाम :
2. सेवा :
3. वर्तमान पदस्थापन (तिथि सहित)
4. वेतनमान :
5. पिता/पति का नाम :
6. जी०पी०एफ०/PRAN :
7. राजपत्रित पद पर प्रथम योगदान की तिथि :
8. निकासी एवं ब्ययन पदाधिकारी का पदनाम एवं पत्राचार का पता (पिन कोड सहित) :
9. योगदान का उपरान्त अवकाश/अनुपस्थिति/प्रभार रहित अवधि का विवरण :  
दिनांक-.....से.....तक.....
10. मोबाईल नम्बर : 10. ई मेल:  
संलग्न कागजातों की (स्व-अभिप्रमाणित प्रति) - (कृप्या ✓ करें)

|   |   |
|---|---|
| <b>1. प्रथम नियुक्ति</b><br>(i) अधिसूचना :<br>(ii) प्रभार ग्रहण की तिथि<br>(iii) प्रभार ग्रहण स्थल<br>(iv) प्रभार प्रतिवेदन | <b>2. स्थानान्तरण :</b><br>(i) अधिसूचना<br>(ii) प्रभार त्याग तथा प्रभार ग्रहण प्रतिवेदन<br>(iii) पिछला वेतनपुर्जा<br>(iv) अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की प्रति<br>(v) अन्य (उल्लेख करें) |
| <b>3. संपुष्टि</b><br>(i) अधिसूचना<br>(ii) अन्य (उल्लेख करें)   | <b>4. विभागीय परीक्षा</b><br>(i) अधिसूचना/आदेश<br>(ii) परीक्षाफल की प्रति संबन्धित पत्र के साथ<br>(iii) निर्गत वेतनपुर्जा / (अगर लागु हो)<br>(iv) अन्य (उल्लेख करें)                |



|   |  |
|---|--|
| <p>5. विभागीय कार्रवाई :</p> <p>(i) आदेश/अधिसूचना</p> <p>(ii) अन्य (उल्लेख करें)</p>  | <p>6. निलंबन</p> <p>(i) आदेश/अधिसूचना</p> <p>(ii) निध्धारित मुख्यालय में समर्पित योगदान प्रतिवेदन</p> <p>(iii) वेतनपुर्जा (अगर लागु हो)</p> <p>(iv) अन्य (उल्लेख करें)</p> |
| <p>7. अवकाश स्वीकृति के फलस्वरूप सेवा विनियमन :</p> <p>(i) अवकाश स्वीकृति संबंधी आदेश</p> <p>(ii) वेतन पुर्जा (संबंधित)</p> <p>(iii) अन्य (उल्लेख करें)</p> | <p>8. अन्य मामलें :</p> <p>(i) यदि कोई मामला हो, तो संबंधित आदेश</p> <p>(ii) पदस्थापन स्थल पता से संबंधित है।</p>  |

मैं.....पदनाम .....घोषित करता हूँ कि उपर्युक्त विवरण मेरी जानकारी में सही है।

हस्ताक्षर

पदनाम

नियंत्रि पदाधिकारी का प्रतिहस्ताक्षर/सत्यापन मुहर सहित

(नाम

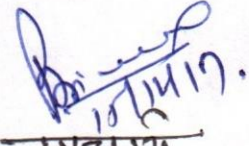
पदनाम



आपंक - 2418/17

दिनांक - 15-12-17

उपनिधि :-> ① संबंधित सभी चिकित्सक/शिक्षक, सभी विभा०,  
श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, गुज० को सूच्यार्थ एवं  
उक्त के संबंध में आवश्यक कार्रवाई हेतु उचित।

  
15/12/17.

श्री वप चिकित्सा महाविद्यालय,  
गुजकरपुर।