

प्राचार्य का कार्यालय: श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर ।

ज्ञापांक:—...../ 25,

मुज0, दिनांक:—.....

कार्यालय आदेश

एतद् द्वारा संसूचित किया जाता है कि वर्तमान में HRMS Portal पर Cadre Management हेतु Online Health Department के Website पर form भरा जाना है। जिसमें वांछित सूचना माँगी जा रही है।

अतः इस संस्थान के सभी तृतीय एवं चतुर्थवर्गीय कर्मचारियों को सूचित किया जाता है कि Cadre Management form से संबंधित माँगी जा रही विवरणी में वांछित सूचना 24 घंटे के अन्दर उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें। बिलम्ब के लिये आप स्वयं जिम्मेवार होंगे। साथ ही सभी विभागाध्यक्षों को निर्देश दिया जाता है कि अपने अधीनस्थ तृतीय एवं चतुर्थवर्गीय कर्मचारियों का कार्य के क्रियान्वयन हेतु वर्णित सूचना से अवगत कराने की कृपा की जाय।

प्राचार्य

श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय,
मुजफ्फरपुर ।

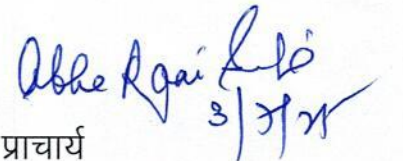
ज्ञापांक:—.....1685/ 25,

मुज0, दिनांक:—.....03.07.25

प्रतिलिपि:— सभी विभागाध्यक्ष (नन् क्लिनिकल/पारा क्लिनिकल), श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

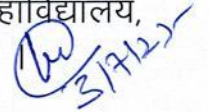
प्रतिलिपि:— सभी तृतीय एवं चतुर्थवर्गीय कर्मचारी, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

प्रतिलिपि:— कॉलेज सूचना पट्ट एवं वेबसाइट, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर पर चिपकाने/अपलोड हेतु सूचनार्थ प्रेषित।



प्राचार्य

श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय,
मुजफ्फरपुर



Cadre Management Form

नियमित रूप से कार्यरत कर्मियों एवं पदबल से संबंधित संलग्न विहित प्रपत्र में वांछित सूचना उपलब्ध कराने के संबंध में।

balbhadriskmc@gmail.com Switch account



The name, email, and photo associated with your Google account will be recorded when you upload files and submit this form

* Indicates required question

Email *

☐

Record balbhadriskmc@gmail.com as the email to be included with my response

Advertisement Details

- Last date to fill this form is-10/07/2025.
- Fill all Column (*) Mandatory.
- Upload marked letter by your In-charge (अपने प्रभारी द्वारा चिह्नित पत्र अपलोड करें)

Name *

Your answer

Father Name *

Your answer

Date Of Birth (DD/MM/YYYY) *

Date

dd----yyyy



Date Of Retirement (DD/MM/YYYY) *

Date

dd----yyyy



Date Of Joining (DD/MM/YYYY) *

Date

dd----yyyy **Date of Appointment ***

Date

dd----yyyy **Appointment Order Number ***

Your answer

Mobile Number *

Your answer

E-mail ID *

Your answer

State *Choose **Home District ***Choose **Cadre Name ***Choose 

Basic Grade / Promotional Post Name *

Choose ▼

Designation *

Your answer

Name of district where you are currently posted *

Choose ▼

Name of the Hospital where you are currently posted *

Choose ▼

Date of Current Posting Place (DD/MM/YYYY) *

Date

dd----yyyy

**Upload marked letter by your In-charge ***

Upload 1 supported file: PDF or image. Max 1 MB.

Add file

Note :-

1. Read the form carefully before submitting, Fill all above **Mandatory (*)** field.

A copy of your responses will be emailed to balbhadrasmc@gmail.com.

Submit

Clear form

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. - [Contact form owner](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#)

Does this form look suspicious? [Report](#)

