



कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला दक्षिण बस्तर, दन्तेवाड़ा (छ.ग.)

ई-मेल emho,dantewada@gmail.com

फोन नम्बर 78562-99180

दन्तेवाड़ा, दिनांक 09 / 10 / 2026

क्रमांक / 6202 / नीति आयोग / मु.चि.अ. / 2026-27

// विज्ञापित //

नीति आयोग, भारत सरकार के स्वीकृति आदेश क्रमांक 59 दिनांक 11/07/2025 आकांक्षी जिला कार्यक्रम अन्तर्गत दन्तेवाड़ा जिले के लिए कुल 01 जिला समन्वयक, मानसिक स्वास्थ्य का पद रिक्त है, जिसे वाक-इन-इन्टरव्यू के माध्यम से दिनांक 14.10.2026 को इच्छुक आवेदक द्वारा अपना आवेदन निर्धारित प्रारूप में दिनांक 14.10.2026 को प्रातः 10:00 बजे से दोपहर 03:00 बजे तक कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला दन्तेवाड़ा के स्वयं उपस्थित होकर जमा किया जा सकता है। रिक्त पद का विवरण निम्नानुसार है:-

क्रं.	पदनाम	पद संख्या	आयु सीमा 01 / 10 / 2026	शैक्षणिक योग्यता	वेतन
01	जिला समन्वयक मानसिक स्वास्थ्य	01 (01 अनारक्षित)	21 से 35 वर्ष	1 एम.फिल साइकोलॉजी, यदि योग्यता न होने की दशा में एम. एस.सी. साइकोलॉजी / एम.ए. साइकोलॉजी (रेगूलर) को प्राथमिकता दिया जावेगा। 2 छत्तीसगढ़ मेडिकल काउंसिलिंग में जीवित पंजीयन होना अनिवार्य है।	35000 / -

आवेदन संबंधित दिशा निर्देश:-

- आवेदक निर्धारित प्रपत्र में उल्लेखित दशतावेज के साथ संलग्न कर कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी दक्षिण बस्तर, दन्तेवाड़ा में दिनांक 14.10.2026 को प्रातः 10:00 बजे स्वयं उपस्थित होकर जमा कर सकेंगे।

चयन प्रक्रिया:-

- आवेदक आवेदन के साथ संलग्न दस्तावेजों व प्रमाण पत्र की मूल प्रति दस्तावेज सत्यापन हेतु अनिवार्य रूप से प्रस्तुत करना होगा।
 - 10 वीं अंकसूची
 - 12 वीं अंकसूची
 - निर्धारित शैक्षणिक योग्यता अंकसूची
 - निवास प्रमाण पत्र
 - संबंधित कार्य का अनुभव प्रमाण हो तो (अनुभव की अवधि का स्पष्ट उल्लेख नहीं होने पर अनुभव प्रमाण पत्र अमान्य किया जायेगा)





//02//

- अनुभव प्रमाण पत्र शासकीय एवं अर्धशासकीय संस्थान (केन्द्र व छत्तीसगढ़ शासन का उपक्रम) का ही मान्य होगा।

- पहचान पत्र (आधार कार्ड, वोट आईडी कार्ड, पैन कार्ड)

3. उपरोक्त समस्त दस्तावेजों प्रस्तुत ना करने एवं परीक्षण के दौरान अथवा नियुक्ति उपरांत किसी भी प्रकार से दस्तावेजों के असत्य पाये जाने पर अभ्यर्थी की नियुक्ति अमान्य की जा सकेगी।

संलग्न:- प्रारूप ।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



— आवेदन पत्र प्रारूप —

प्रति,

**मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा**

आवेदित पद का नाम.....

आवेदक के
पासपोर्ट साईज
का फोटो
अभिप्रेमाणित कर
चस्पा करें।

- 1 आवेदक/आवेदिका का नाम (हिन्दी में) :
(अंग्रेजी में) :
- 2 पिता/पति का नाम :
- 3 जाति :
- 4 जन्म तिथि :
- 5 आयु दिनांक 01.07.2026 : वर्ष.....माह.....दिन.....
(प्रमाण पत्र/अंकसूची की सत्यापित प्रति संलग्न करें)
- 6 पत्र व्यवहार का पता :
:
- 7 स्थायी पता :
:
- 8 मो.नं. व ई-मेल आई.डी. :
- 9 लिंग (महिला/पुरुष) :
- 10 क्या आवेदक छ.ग. राज्य का मूल निवासी है:
यदि हां तो सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।
- 11 क्या आवेदक छ.ग. शासन द्वारा छ.ग. राज्य :
के लिए घोषित अनुसूचित जाति/जनजाति/अन्य पिछड़ा वर्ग का सदस्य है हां/नहीं
यदि हां तो समक्ष अधिकारी द्वारा जाति प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।
- 12 क्या आवेदक विकलांग है :
- 13 शैक्षणिक योग्यता एवं तकनीकी योग्यता

क्र.	उत्तीर्ण परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड/ विश्वविद्यालय का नाम	उत्तीर्ण होने का वर्ष	प्राप्तांक/ पूर्णांक	प्रतिशत
1					
2					
3					

✱

4					
5					
6					
7					

14. क्या आवेदक शासकीय/अर्द्धशासकीय संस्थान में सेवारत है? हां/नहीं यदि हां तो समक्ष अधिकारी द्वारा जारी अनापत्ति प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें:—.....
15. क्या आवेदक/आवेदिका के विरुद्ध कोई दण्डिक प्रकरण थाने/न्यायालय में अनुसंधान/विचारण हेतु लंबित है अथवा किसी न्यायालय में निराकृत हो चुका है एवं निर्णय आदि की जानकारी स्पष्ट रूप से उल्लेख करें :

संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची:—

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 2 |
| 3..... | 4 |
| 5..... | 6 |
| 7..... | 8 |

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर

पूरा नाम

घोषणा पत्र

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिया गया उपर्युक्त विवरण सही है। यदि उपर्युक्त विवरण का कोई अंश असत्य पाया जाता है, तो नियुक्ति के पश्चात् भी सक्षम अधिकारी द्वारा मेरी उम्मीदवारी निरस्त किये जाने/सेवा समाप्त किये जाने अथवा किसी भी दण्ड, जो वह उचित समझे के लिये मैं उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी।

दिनांक

स्थान

आवेदक/आवेदिका के हस्ताक्षर

पूरा नाम

