

प्राचार्य का कार्यालय,  
श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय मुजफ्फरपुर ।

PROFORMA - III  
EMPLOYMENT  
(To be filled using CAPITAL LETTERS ONLY)  
कार्यालय आदेश

विधान सभा निर्वाचन-2015 के जिला निर्वाचन पदाधिकारी-सह-जिला दण्डाधिकारी, मुज0 के पत्रांक -2 कार्मिकि मुज0, दिनांक 05.08.2015 के आलोक इस संस्थान में कार्यरत तृतीय एवं चतुर्थवर्गी कर्मचारियों को सूचित किया जाता है कि जिला निर्वाचन पदाधिकारी-सह जिला दण्डाधिकारी द्वारा उपलब्ध कराये गये Proforma -III (छाया प्रति संलग्न) में वांछित सूचना भर कर अधोहस्ताक्षरी के कार्यालय में पत्र निर्गत की तिथि से तीन दिनों के अन्दर उपस्थापित करना सुनिश्चित करें । ताकि अग्रतर कार्रवाई की जा सकें ।

ह0 / -

प्राचार्य

श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय  
मुजफ्फरपुर

ज्ञापांक: 1A12/15 /

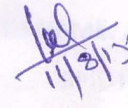
मुज0, दिनांक 11/08/15 /

प्रतिलिपि:- सभी संबंधित विभागाध्यक्ष, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुज0 को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।

प्रतिलिपि:- सूचना पट श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय मुजफ्फरपुर चिपकाने हेतु सूचनार्थ प्रेषित ।

  
प्राचार्य

श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय  
मुजफ्फरपुर

  
11/8/15

PROFORMA – III

**EMPLOYEE INFORMATION**

(To be filled using English CAPITAL LETTERS only)

Paste Recent  
Colour  
Passport  
Size Photo

OFFICE CODE: 140314

1. EMPLOYEE NAME : .....
2. DESIGNATION : .....
3. SEX :  MALE  FEMALE  Pregnant / Lactating Mother (if Female)
4. SALARY DETAILS : Pay Band: ..... Grade Pay: ..... Current Basic: .....
5. DATE OF RETIREMENT : 

--	--

 DAY 

--	--

 MONTH 

--	--	--	--

 YEAR
6. POSTING BLOCK NAME : .....
7. MOBILE NUMBER : .....  Is Android / Smart Phone
8. BLOOD GROUP :
9. PRESENT RESIDENCE ADDRESS : .....  
District: ..... PIN - .....
10. HOME DISTRICT NAME : ..... HOME BLOCK: .....
11. POSTING AC : AC No..... AC NAME: .....
12. PERMANENT HOME AC : AC No..... AC NAME: .....
13. PRESENT RESIDENCE AC : AC No..... AC NAME: .....
14. ENROLLED ASSEMBLY CONSTITUENCY (AC) : AC No..... AC NAME: .....  
BOOTH No. .... BOOTH NAME: .....  
Sr. No. in Electoral Roll: ..... EPIC Number: .....
15. Whether BLO (Booth Level Officer) : 

Y	N
---	---

 If Yes, BLO AC No. - ..... Part No. ....
16. DATE OF JOINING IN THE DISTRICT : 

--	--

 DAY 

--	--

 MONTH 

--	--	--	--

 YEAR
17. e-MAIL ADDRESS : .....
18. TICK ✓ IF YES : TEACHER  KNOWLEDGE OF DIGITAL CAMERA   
HANDICAPPED  If posted for 3 Yrs or more in the last 4 Yrs. in the current district
19. REMARKS : .....

(Employee Signature)

(Signature & Seal of Office Incharge)