



राजस्थान सरकार  
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, राजस्थान

चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग, राजस्थान, जयपुर  
F.27/82/NHM/Training/Bridge Programme /2018/  
-: विस्तृत विज्ञप्ति :-

**Bridge Program in Community Health for Nurses/ AYURVEDA Practitioners**

**के प्रशिक्षण हेतु विज्ञप्ति**

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन राजस्थान के अन्तर्गत भारत सरकार एवं इन्दिरा गाँधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय (IGNOU) के सहयोग से राजस्थान में "Bridge Programmes in Community Health for Nurses/Ayurveda Practitioners" के अन्तर्गत 6 माह के आवासीय प्रशिक्षण के लिये योग्य एवं इच्छुक अभ्यर्थियों से आवेदन आमंत्रित किये जाते हैं।

अभ्यर्थी को अपना आवेदन पत्र निर्धारित प्रारूप (छांया प्रति नहीं) में अन्तिम दिनांक 31 मई 2018 तक प्रस्तुत किया जाना है। निर्धारित प्रारूप में आवश्यक दस्तावेजों सहित मय लिफाफे आवेदक अपना पता अंकित कर निदेशक-आरसीएच चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग, राजस्थान, जयपुर तृतीय तल (एनएचएम बिल्डिंग) कक्ष संख्या 312 में (नर्स/जी.एन.एम अभ्यर्थी) एवं (एनएचएम बिल्डिंग) कक्ष संख्या 308 में (आयुर्वेद चिकित्सक अभ्यर्थी) व्यक्तिगत अथवा रजिस्टर्ड डॉक के माध्यम से भिजवाना सुनिश्चित करावें। इसके अतिरिक्त और किसी विकल्प का इस्तेमाल नहीं किया जावे। अन्यथा आवेदन स्वीकार नहीं किया जावेगा।

**1. विशेष नोट:-**

I-आवेदक आवेदन करने से पूर्व यह सुनिश्चित कर ले कि वह सुसंगत नियमों के तहत निर्धारित पात्रता की समस्त शर्तें पूरी करता है। आवेदक द्वारा निर्धारित प्रारूप में आवेदन पत्र के साथ समस्त वांछित सूचनाएं अवश्य अंकित करें। अभ्यर्थियों द्वारा आवेदन करने व परीक्षा में सम्मिलित होने मात्र से ही उक्त प्रशिक्षण हेतु पात्र नहीं माना जावेगा। परीक्षा में सफल होने के पश्चात योग्यता सम्बन्धी समस्त दस्तावेजों के सत्यापन के पश्चात ही योग्य प्रशिक्षणार्थियों की सूची जारी की जावेगी।

II-आवेदन करने से पूर्व आवेदक से अपेक्षा की जाती है कि प्रशिक्षण सम्बन्ध में जारी दिशा-निर्देश का सावधानीपूर्वक अध्ययन कर लें।

**2. "Bridge Programmes in Community Health for Nurses/Ayurveda**

**Practitioners" के लिए योग्यताएँ।**

जयपुर

## I-शैक्षणिक योग्यता:-

"Bridge Programmes in Community Health for Nurses & Ayurveda

Practitioners के लिए अभ्यर्थी को किसी राजकीय अथवा राज्य सरकार/भारत सरकार से मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय/उच्च शिक्षण संस्थान से जी०एन०एम०/बी०एस०सी नर्सिंग/नर्सिंग डिप्लोमाधारी/बी०ए०एम०एस०/आयुर्वेद चिकित्सक अभ्यर्थी ही पात्र होंगे।

## II-आयु:-

आवेदक की आयु आवेदन करने की दिनांक 31.05.2018 को 18 वर्ष से कम 40 वर्ष से अधिक नहीं होगी। आरक्षित वर्गों को भारत सरकार से प्राप्त गाईड लाइन के अनुसार ऊपरी आयु सीमा में निम्नानुसार छूट प्रदान की जायेगी:-

I- एस०सी०/एस०टी० (पुरुष/महिला) - 5 वर्ष

II- ओ०बी०सी०/एस०बी०सी (पुरुष/महिला) - 3 वर्ष

III- अभ्यर्थियों द्वारा आवेदन पत्र के साथ जाति-प्रमाण पत्र सलग्न करने की स्थिति में ही छूट प्रदान की जावेगी। उक्त के अतिरिक्त किसी भी प्रकार से आयु में छूट प्रदान नहीं की जावेगी।

**III-कार्यानुभव-** उक्त प्रशिक्षण के लिए राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन /आरएमआरएस राजस्थान राज्य के अन्तर्गत वर्तमान में कार्यरत संविदा कार्मिकों को दिनांक 31.05.2018 तक 2 वर्ष का अनुभव होना अनिवार्य है। अनुभव प्रमाण पत्र संबन्धित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/ प्रमुख चिकित्सा अधिकारी द्वारा जारी ही मान्य होगा।

## 3- अन्य बाध्यता:-

I- राजस्थान नर्सिंग काउंसिल/इण्डियन मेडिसिन बोर्ड राजस्थान जयपुर से जारी पंजीकरण संख्या एवं प्रमाण पत्र सलग्न करना अनिवार्य है। आवेदकों का राजस्थान नर्सिंग काउंसिल/इण्डियन मेडिसिन बोर्ड राजस्थान जयपुर में आवेदन प्रस्तुत करने की अन्तिम तिथि 31.05.2018 तक पंजीकरण होना अनिवार्य है।

II- उक्त प्रशिक्षण को सफलता पूर्वक पूर्ण करने के उपरान्त अभ्यर्थी को तीन वर्ष तक हैल्थ एण्ड वेलनेस सेंटर/सब सेंटर पर कार्य करते हुये समुदाय आधारित स्वास्थ्य सेवायें देना अनिवार्य होगा।



III- "Bridge Programme in Community Health for Nurses/Ayurveda Practitioners " प्रशिक्षण के लिये योग्य अभ्यर्थियों से 500 रुपये के NON-JUDICIAL STAMP PAPER पर 2 लाख रुपये राशि का 3 वर्ष का बॉण्ड हैल्थ एण्ड वेलनेस सेन्टर/सब सेन्टर पर कार्य करने हेतु (निर्धारित प्रारूप में) भरवाया जावेगा।

IV- प्रशिक्षण पूर्ण होने से पूर्व प्रशिक्षण कार्यक्रम को मध्य में छोड़ने पर 2.00 लाख रुपये राशि विभाग को जमा करानी पड़ेगी।

V- आवेदक को भारत का नागरिक एवं राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन/आरएमआरएस राजस्थान राज्य के अन्तर्गत वर्तमान में संविदा पर कार्यरत होना आवश्यक है।

#### प्रशिक्षण के लिए अन्य योग्यताएँ-

I- अनुभव:- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन/आरएमआरएस राजस्थान राज्य के अन्तर्गत संविदा पर न्यूनतम दो वर्ष तक सेवा देने का अनुभव प्रमाण पत्र होना आवश्यक है।

II- आवेदक वर्तमान में राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन/आरएमआरएस राजस्थान राज्य के अन्तर्गत संविदा पर कार्यरत होना आवश्यक है।

III-अर्जेंट टेम्प्रेरी बेसिस (U.T.B), पीएचएन एवं नर्सिंग टयुटर, एनसीडी कार्यक्रम, आरएनटीसीपी, 108 एम्ब्लेंस के कर्मचारी, एमएमयू में कार्यरत कर्मचारी, निजी संस्थान में कार्यरत नर्सिंग स्टाफ तथा आरयूएचएस, आरबीएसके मोबाइल हैल्थ टीम में कार्यरत संविदा आयुर्वेद चिकित्सकों एवं अन्य विभागों में कार्यरत संविदा कर्मिकों को उक्त प्रशिक्षण हेतु अयोग्य माना जावेगा।

IV-भारत सरकार अथवा राज्य सरकार के विशेष कार्यक्रम हेतु पदस्थापित (पीएचएन एवं नर्सिंग टयुटर, नर्सिंग सुपरवाइजर, एनसीडी कार्यक्रम, आरएनटीसीपी, इत्यादि) संविदा अभ्यर्थियों को भी इस प्रशिक्षण के लिए योग्य नहीं माना जायेगा।

#### 4. आवेदन पत्र विवरण:-

अभ्यर्थी को अपना आवेदन पत्र निर्धारित प्रारूप में टंकित किया हुआ प्रस्तुत करना होगा, जिसमें अभ्यर्थी का नाम, माता एवं पिता का नाम, विवाहित/अविवाहित, पति/पत्नी का नाम, लिंग, राष्ट्रीयता, प्रवर्ग (श्रेणी), गृह जिला, पदस्थापन जिला, राज्य, स्थाई पता, वर्तमान पत्राचार का पता, शैक्षणिक योग्यता, जन्म-तिथि (अंकों व शब्दों में), संविदा, अनुभव (कब से कब तक, कुल अनुभव), मोबाईल नम्बर, आधार नम्बर, ईमेल एड्रेस, वर्तमान में कार्यरत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र का पूर्ण पता, आरएनसी पंजीयन क्रमांक व वैद्यता की अवधि अंकित करनी है।

जयहिंद

आवेदन-पत्र पर अभ्यर्थी द्वारा स्वयं सत्यापित फोटोग्राफ, चस्पा किया जावे। आवेदन के अंत में अभ्यर्थी के हस्ताक्षर नाम सहित होने चाहिए।

5. आवेदन शुल्क- आवेदकों से आवेदन पत्र के साथ रूपये राशि 800/- का डिमांड ड्राफ्ट परियोजना निदेशक एन.एच.एम के नाम से देय सलग्न करना होगा।

6. आवेदन पत्र के साथ निम्न दस्तावेज प्रस्तुत किये जायें :-

I- आवेदन पत्र पर स्वयं का हस्ताक्षर युक्त पासपोर्ट साईज का स्वयं द्वारा सत्यापित नवीनतम रंगीन फोटो।

II- शैक्षणिक योग्यता सम्बन्धी प्रमाण-पत्रों की स्वयं द्वारा सत्यापित प्रतियां।

III- अनुभव प्रमाण पत्र की स्वयं द्वारा सत्यापित प्रति।

IV- आधार कार्ड/मतदाता पहचान-पत्र/ड्राइविंग लाईसेन्स/पैन कार्ड/पासपोर्ट/संक्षम अधिकृत प्राधिकारी द्वारा जारी अन्य पहचान दस्तावेज की स्वयं द्वारा सत्यापित प्रति।

V- जन्मतिथि प्रमाण-पत्र की स्वयं द्वारा सत्यापित प्रति।

VI- जाति प्रमाण-पत्र की स्वयं द्वारा सत्यापित प्रति।

VII- राजस्थान नर्सिंग काउंसिल से प्राप्त पंजीयन प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति।

7. अयोग्यता का आधार- जो अभ्यर्थी प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से स्वयं को परीक्षा में उत्तीर्ण कराने का कोई अनुचित प्रयास करेगा, उसे प्रशिक्षण के अयोग्य माना जायेगा।

8. "Bridge Programmes in Community Health for Nurses/Ayurveda Practitioners" के अन्तर्गत 6 माह का आवासीय प्रशिक्षण है, जो कि भारत सरकार एवं इन्दिरा गाँधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय (IGNOU) के सहयोग से राजस्थान में कराया जाना है। अतः उक्त कोर्स किसी भी आवेदक को विभाग द्वारा नियुक्ति/भर्ती करने के लिए उत्तरदायी नहीं होगा।

9. उक्त प्रशिक्षण हेतु इन्दिरा गाँधी राष्ट्रीय मुक्त विश्वविद्यालय (IGNOU) को दिये जाने वाला निर्धारित शुल्क राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा वहन किया जायेगा तथा प्रशिक्षण हेतु आवास/भोजन व्यवस्था का व्यय राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा वहन किया जायेगा।

10. आवेदन-पत्र अन्तिम तिथि के पश्चात किसी भी परिस्थिति में स्वीकार्य नहीं होंगे। यदि रजिस्टर्ड डॉक के माध्यम से आवेदन पत्र अन्तिम तिथि के पश्चात प्राप्त होते हैं, तो आवेदन स्वतः निरस्त माना जावेगा। अतः किसी भी प्रकार की असुविधा से बचने के लिए अन्तिम दिनांक से पहले ही अभ्यर्थी आवेदन करें।

11. न्यायालय के मामलों/विवादों का अधिकार क्षेत्र केवल जयपुर महानगर में संक्षम न्यायालयों के अधिकार क्षेत्र में ही होगा।

जयपुर

12. परीक्षा एवं आगामी योजना के संबंध में सूचना कार्यालय की वेबसाइट [www.rajswasthya.nic.in](http://www.rajswasthya.nic.in) पर समय-समय उपलब्ध करा दी जावेगी। किसी भी आवेदक को विभाग द्वारा व्यक्तिगत सम्पर्क नहीं किया जावेगा। अंतः किसी भी प्रकार की परेशानी से बचने हेतु आवेदक हमारी विभागीय वेबसाइट का अवलोकन समय-समय पर करते रहें।



निदेशक – आर.सी.एच  
चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
तिलक मार्ग, राजस्थान, जयपुर



राजस्थान सरकार

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, राजस्थान

चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग, राजस्थान, जयपुर

Bridge Program in Community Health for Nurses/ AYURVEDA Practitioners

के प्रशिक्षण हेतु आवेदन-पत्र

आवेदन क्रमांक-.....(कार्यालय उपयोग हेतु)

1. अभ्यर्थी का नाम .....
2. माता का नाम .....
3. पिता का नाम.....
4. विवाहित/अविवाहित.....
5. पति/पत्नी का नाम (अभ्यर्थी के विवाहित होने की दशा में)  
.....

अभ्यर्थी का रंगीन  
पासपोर्ट साईज स्वयं  
प्रमाणित हस्ताक्षर  
युक्त नवीनतम फोटो

6. लिंग-पुरुष.....महिला.....
7. प्रवर्ग (श्रेणी)- सामान्य/एस.सी./एस.टी./ओ.बी.सी./एस.बी.सी
8. राष्ट्रीयता.....
9. गृह जिला.....
10. वर्तमान पदस्थापन स्थान .....ब्लॉक..... जिला .....
11. राज्य .....
12. वर्तमान पता.....  
.....
13. स्थायी पता.....  
.....
14. पदस्थापन स्थान प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/अन्य केन्द्र का पूर्ण पता.....  
.....

15. शैक्षणिक योग्यता

क्र.सं.	योग्यता	संस्थान/विश्व विद्यालय	डिवीजन/ रैंक	उत्तीर्ण वर्ष
1	छसवीं			
2	बरहवीं			
3	जीएनएम/बी.एस.सी. नर्सिंग/बी.ए.एम.एस			
4	Other Qualification			

16. जन्म तिथि (जन्म प्रमाण पत्र/दसवीं की अंकतालिका के अनुसार):-

अंकों में- ( \_ / \_ / \_ ) शब्दों में- .....

17. ई. मेल एड्रेस (यदि हो तो).....

18. मोबाईल नम्बर .....

19. आधार नम्बर .....

20. वर्तमान नियुक्ति का पदनाम ..... विभाग.....

प्रथम कार्यग्रहण तिथि .....

21. संविदा/एनएचएम संविदा.....

22. कार्यानुभव सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर कार्यरत स्टाफ नर्स एवं आयुर्वेद चिकित्सक के रूप में न्यूनतम दो वर्ष का अनुभव

कब से कब तक.....

कुल अनुभव.....

23. सम्बन्धित बोर्ड/काऊंसलिंग में पंजीयन संख्या वैधता की अवधि

.....

दिनांक.....

(अभ्यर्थी के हस्ताक्षर)

### (DECLARATION)

"मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....घोषित व सत्यापित करता/करती

हूँ कि आवेदन में दी गई समस्त जानकारी सत्य एवं सही हैं। यदि कोई जानकारी/दस्तावेज असत्य एवं मिथ्या पाई जाती है तो प्रशिक्षण प्राधिकारी अथवा उच्च स्तरीय अधिकारी द्वारा उक्त कोर्स में प्रशिक्षण हेतु मेरा चयन/नियुक्ति किसी भी प्रकम पर खारीज की जा सकती है, यदि मेरा चयन उक्त प्रशिक्षण में होता है तो सफलता पूर्वक पूर्ण होने के उपरान्त तीन वर्ष तक हैल्थ एण्ड वेलनेस सेन्टर/सब सेन्टर पर कार्य करते हुये समुदाय आधारित स्वास्थ्य सेवायें देने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

(अभ्यर्थी के हस्ताक्षर)

दिनांक.....