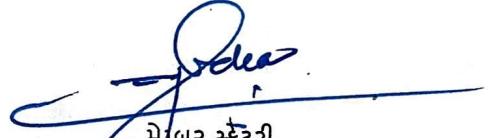


## રાજકોટ મહાનગરપાલિકા

### આરોગ્ય શાખા-મહાનગરપાલિકા ખાતે

#### તદન હંગામી ધોરણે કરારને આધીન જગ્યાઓ ભરવા અંગે

રાજકોટ મહાનગરપાલિકા આરોગ્ય શાખા હસ્તક અર્બન હેલ્થ પ્રોજેક્ટ અંતર્ગત શહેરી પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર ખાતે તદન હંગામી ધોરણે તથા ભવિષ્યમાં ખાલી થનાર જગ્યા માટે મેડીકલ ઓફિસર (આયુષ) અને નર્સ પ્રેક્ટીસનર ઇન મીડવાઈફરી (NPM) ની ભરતી ૧૧ માસ માટે કરાર આધારિત કરવાની છે. આ ભરતી RMC ની વેબસાઈટ <https://www.rmc.gov.in> પર પ્રદર્શિત કરેલ છે. જે તા.૦૧/૦૮/૨૦૨૫ થી તા.૦૮/૦૮/૨૦૨૫ સુધીમાં ફોર્મ ડાઉનલોડ કરી અરજી સાથે જરૂરી ડોક્યુમેન્ટ, “આરોગ્ય અધિકારીશ્રીની કચેરી, આરોગ્ય શાખા, રૂમ નં-૧, ત્રીજો માળ, રાજકોટ મહાનગરપાલિકા ખાતે, અને અરજી ફોર્મ ફક્ત રજીસ્ટર એ.ડી.થી તા.૦૮/૦૮/૨૦૨૫ નાં રોજ સાંજના ૬:૦૦ વાગ્યા સુધી જ મોકલવાનું રહેશે. ત્યાર બાદના અરજી ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે નહિ. જાહેરાતની તમામ વિગતો વાંચીને પછી અરજી મોકલવી.

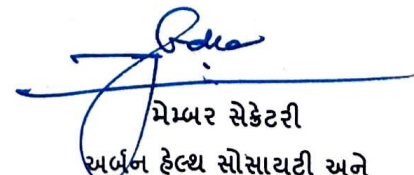
  
મેમ્બર સેક્રેટરી  
અર્બન હેલ્થ સોસાયટી અને  
મેડીકલ ઓફિસર ઓફ હેલ્થ  
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા

## ૧૧ માસના કરાર પદ્ધતિથી ભરતી કરવા બાબત

રાજકોટ મહાનગરપાલિકા આરોગ્ય શાખા હસ્તક અર્બન હેલ્થ પ્રોજેક્ટ અંતર્ગત હંગામી ધોરણે મેડીકલ ઓફિસર (આયુષ) અને નર્સ પ્રેક્ટીસનર ઇન મીડવાઈફરી (NPM) ની ભરતી નીચે મુજબની વિગતે ૧૧ માસના કરાર આધારે ભરવા તથા ભવિષ્યમાં ખાલી થનાર જગ્યા માટે પ્રતીક્ષા યાદી બનાવવા જાહેરાત આપવામાં આવેલ છે માન્ય લાયકાત ધરાવતા ઉમેદવારોએ રાજકોટ મહાનગરપાલિકાની વેબસાઈટ <https://www.rmc.gov.in> પરથી ઓનલાઈન ફોર્મ ડાઉનલોડ કરવાનું રહેશે.તા:- ૦૮/૦૯/૨૦૨૫.નાં રોજ સાંજના ૬:૦૦ વાગ્યા સુધી જ અરજી ફોર્મ મોકલવાના રહેશે, ત્યાર બાદ આવેલ અરજી ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે નહિ. ફક્ત રજીસ્ટર એ.ડી. દ્વારા મળેલ અરજીઓ જ સ્વીકારવામાં આવશે.

તમામ પોસ્ટ માટેની જરૂરી લાયકાત, ઉંમર અંગેની સ્પષ્ટતા ઉચ્ચક માસીકવેતન તથા અનુભવ અંગેની સ્પષ્ટતા દર્શાવતી વિગતો નીચે મુજબ છે.

| ક્રમ | જગ્યાનું નામ                                 | જરૂરી શૈક્ષણિક લાયકાત                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ઉચ્ચક માસિક વેતન     |
|------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1.   | <b>Medical officer (Ayush)</b>               | Graduate in BAMS/BSAM/BHMS and Gujarat Homeopathy/Ayurvedic Council Board registration is Mandatory. Also Internship Should be Completed.<br>(post-6)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 22,000/-             |
| 2.   | <b>Nurse Practitioner in Midwifery (NPM)</b> | 1) (i) a degree of Basic B.Sc.(Nursing) from the institute recognized by Indian nursing council, or<br>(ii) a degree of Post Basic B.Sc.(Nursing) from the institute recognized by Indian nursing council, or<br>(iii) a diploma in General Nursing and Midwifery from the institute recognized by Indian Nursing council or the Gujarat Nursing Council; and<br>2) a Post Basic Diploma in Practitioner Midwifery from the Institute recognized by Indian Nursing Council;<br>(a) possess the basic knowledge of computer application as prescribed in the Gujarat Civil Services Classification and recruitment (General) rules, 1967, and<br>possess adequate knowledge of Gujarati, Hindi or both<br>(post-17) | 30,000 + (Incentive) |

  
મેમ્બર સેક્રેટરી  
અર્બન હેલ્થ સોસાયટી અને  
મેડીકલ ઓફિસર ઓફ હેલ્થ  
રાજકોટ મહાનગર પાલિકા

## શરતો:-

### મેડીકલ ઓફિસર (આયુષ) :-

૧) ધોરણ ૧૦ની ફાઈનલ વર્ષની માર્કશીટ , ધોરણ ૧૨ની ફાઈનલ વર્ષની માર્કશીટ ૨) સ્નાતક ડીગ્રીની ફાઈનલ વર્ષની માર્કશીટ, ૩) ડીગ્રી સર્ટીફિકેટ, ૪) તમામ એટેમ્ટ સર્ટીફિકેટ , ૫) ઉમરનો પુરાવો, આધાર કાર્ડ/જન્મ નો દાખલો ૬) ગુજરાત આયુર્વેદિક/હોમીઓપેથી કાઉન્સિલનું રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીફિકેટ. ૬) કોમ્પ્યુટર બેઝીક સર્ટીફિકેટ ૭) અનુભવનું પ્રમાણપત્ર.

### મીડ વાઈફરી :-

૧) ધોરણ ૧૦ ની ફાઈનલ વર્ષની માર્કશીટ , ધોરણ ૧૨ ની ફાઈનલ વર્ષની માર્કશીટ ૨) સ્નાતક ડીગ્રીની ફાઈનલ વર્ષની માર્કશીટ, ભારતીય નર્સિંગ કાઉન્સિલ દ્વારા માન્યતા પ્રાપ્ત સંસ્થામાંથી પ્રેક્ટીશનર ઇન મીડ વાઈફરીમાં પોસ્ટ બેઝીક ડીપ્લોમાં (N.P.M) ડિગ્રી, ૩) ઉમરનો પુરાવો, આધાર કાર્ડ/જન્મ નો દાખલો ૪) તમામ એટેમ્ટ સર્ટીફિકેટ ૫) ગુજરાત નર્સિંગ કાઉન્સિલનું રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીફિકેટ, ૬) રજીસ્ટ્રેશન રીન્યુઅલ સ્લીપ ૭) બેઝીક કોમ્પ્યુટર કોર્સનું સર્ટીફિકેટ.

- ૧) ઉપરોક્ત જગ્યા કરાર આધારિત હોય ભવિષ્યમાં સરકારશ્રી દ્વારા કાયમી કર્મચારીને નિમણુક આપવામાં આવશે, તો ઉપરોક્ત કોઈપણ જગ્યાઓમાંથી ઉમેદવારને આપોઆપ છુટા કરવામાં આવશે, જે અંગે કોઈ વાંધો- તકરાર ધ્યાને લેવામાં આવશે નહીં.
- ૨) ઉપરોક્ત જાહેરાતમાં કોઈ પણ સુધારો/વધારો કરવાનો અબાધિત અધિકાર ચેરમેન વ કમિશ્નર, મહાનગરપાલિકા રાજકોટને આધીન રહેશે.
- ૩) ઉપરોક્ત તમામ જગ્યા માટે કોમ્પ્યુટરનું બૈજીક નોલેજ અને પ્રમાણપત્ર હોવું જરૂરી છે. ઉચ્ચ લાયકાત અને સરકારી અનુભવને પ્રાધાન્ય આપવામાં આવશે.
- ૪) ઉમેદવારે તમામ પ્રમાણપત્રો/સાધનિક આધારો ઓરીજનલ અને પ્રમાણિત કરેલ ઝેરોક્ષનો એક સેટ અરજી ફોર્મ સાથે મોકલવાનો રહેશે..
- ૫) અધુરી વિગતોવાળી અરજી અમાન્ય રહેશે.
- ૬) ઉમેદવાર એક કરતા વધુ અરજી મોકલી શકશે નહીં.
- ૭) ઉક્ત જગ્યાઓ માટેનો કરાર આધારિત સમયગાળો ૧૧ માસ માટેનો રહેશે. જે મુદતમાં જરૂરિયાત તેમજ બજેટના આધારે વધારો કે ઘટાડો કરી શકાશે.
- ૮) જાહેરાતમાં દર્શાવેલ સમયગાળા દરમિયાન આવેલ અરજીઓ જ માન્ય ગણવામાં આવશે તેમજ ઉપર દર્શાવેલ ડોક્યુમેન્ટ મોકલવાના રહેશે.
- ૯) નિમણૂક પામેલ ઉમેદવારને નિમણૂક સમયે સિક્યુરીટી ડીપોઝીટ જમા કરાવની રહેશે
- ૧૦) અરજી કરેલ ઉમેદવારે ડોક્યુમેન્ટ વેરીફિકેશન માટે રૂબરૂ ઓરીજનલ ડોક્યુમેન્ટ સાથે હાજર રહેવાની યાદી રાજકોટ મહાનગરપાલિકા વેબસાઈટ પર પ્રસિદ્ધ કરવામાં આવશે જે સમયાંતરે જોતા રહેવું.
- ૧૧) અરજી કરેલ ઉમેદવારે અરજી ઉપર પોસ્ટનું નામ બિનચુક કવર ઉપર દર્શાવાનું રહેશે.

  
મેમ્બર સેક્રેટરી  
અર્બન હેલ્થ સોસાયટી અને  
મેડીકલ ઓફિસર ઓફ હેલ્થ  
રાજકોટ મહાનગરપાલિકા





# રાજકોટ મહાનગરપાલિકા

## આરોગ્ય શાખા



‘ડો.આંબેડકર ભવન’, રૂમ નં.૦૧, ત્રીજો માળ, ઢેબરભાઈ રોડ, રાજકોટ | ફોન : ૦૨૮૧-૨૨૨૧૫૮૦ | Mail : moh@rmc.gov.in

આરોગ્ય શાખા, ત્રીજો માળ, રૂમ નં-૧, “ડો.આંબેડકર ભવન”, ઢેબરભાઈ રોડ, રાજકોટ-૩૬૦૦૦૧

|                                                     |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| ૧૧ માસના કરાર આધારિત                                |  |
| જગ્યાનું નામ - નર્સ પ્રેક્ટીસનર ઇન મીડિવાઈફરી (NPM) |  |
| અરજી નંબર-                                          |  |
| મોબાઈલ નં-                                          |  |
| અલ્ટરનેટ નં-                                        |  |
| ઈ-મેઈલ -                                            |  |

ઉમેદવારે  
તાજેતરનો પાસપોર્ટ  
ફોટો ચોટાડી તેના  
પર સહી કરવી.

|                          |     |                   |     |
|--------------------------|-----|-------------------|-----|
| ઉમેદવારનું પુરૂ નામ-     | નામ | પિતા / પતિનું નામ | અટક |
| ઉમેદવારનું પુરૂ સરનામું- |     |                   |     |

|             |       |     |      |                      |
|-------------|-------|-----|------|----------------------|
| જન્મ તારીખ- | તારીખ | માસ | વર્ષ | જન્મ તારીખ શબ્દોમાં- |
|             |       |     |      |                      |

શૈક્ષણિક લાયકાત : પ્રમાણિત આધારોની ઝેરોક્ષ નકલ જોડવી.

| ક્રમ | પસાર કરેલ પરીક્ષા | ટકાવારી | યુનિવર્સિટી/સંસ્થાનું નામ | પાસ કર્યાનું વર્ષ | ફાઈનલ વર્ષના ટકા (%) | ટ્રાયલ/પ્રથમ | Gujarat Nursing Council Reg./ Indian Nursing Council Reg. |
|------|-------------------|---------|---------------------------|-------------------|----------------------|--------------|-----------------------------------------------------------|
|      |                   |         |                           |                   |                      |              |                                                           |
|      |                   |         |                           |                   |                      |              |                                                           |
|      |                   |         |                           |                   |                      |              |                                                           |
|      |                   |         |                           |                   |                      |              |                                                           |
|      |                   |         |                           |                   |                      |              |                                                           |
|      |                   |         |                           |                   |                      |              |                                                           |

અનુભવની વિગત : પ્રમાણિત આધારોની ઝેરોક્ષ નકલ જોડવી

| ક્રમ | સંસ્થા/પેઢી કચેરીનું નામ સરનામું અથવા શાખાનું નામ | હોદ્દો | અનુભવનો સમયગાળો ક્યાંથી ક્યાં સુધી |
|------|---------------------------------------------------|--------|------------------------------------|
|      |                                                   |        |                                    |
|      |                                                   |        |                                    |
|      |                                                   |        |                                    |
|      |                                                   |        |                                    |
|      |                                                   |        |                                    |

અન્ય વિગતો-

:: સોગંદ નામું ::

હું આથી એકરાર કરું છું કે, મેં ઉપર જણાવેલ તમામ વિગતો તદ્દન સાચી અને સંપૂર્ણ છે. જો તે ખોટી જણાય તો મારી સામે જે પગલા લેવાય તે મને સંપૂર્ણપણે બંધનકર્તા રહેશે રાજકોટ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશનનાં પ્રવર્તમાન અને વખતો વખત થનાર તમામ નિયમોનું પાલન કરવા હું આથી લેખિત બાંહેધરી આપું છું.

|              |                  |
|--------------|------------------|
| તારીખ-       | ઉમેદવારની સહી-   |
| સ્થળ- રાજકોટ | ઉમેદવારનું નામ - |



# રાજકોટ મહાનગરપાલિકા

## આરોગ્ય શાખા



‘ડો.આંબેડકર ભવન’, રૂમ નં.૦૧, ત્રીજો માળ, ઢેબરભાઈ રોડ, રાજકોટ | ફોન : ૦૨૮૧-૨૨૨૧૫૮૦ | Mail : moh@rmc.gov.in

આરોગ્ય શાખા, ત્રીજો માળ, રૂમ નં-૧, “ડો.આંબેડકર ભવન”, ઢેબરભાઈ રોડ, રાજકોટ-૩૬૦૦૦૧

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| ૧૧ માસના કરાર આધારિત                 |  |
| જગ્યાનું નામ - મેડીકલ ઓફિસર (આયુષ્ય) |  |
| અરજી નંબર-                           |  |
| મોબાઇલ નં-                           |  |
| અલ્ટરનેટ નં-                         |  |
| ઈ-મેઇલ -                             |  |

ઉમેદવારે  
તાજેતરનો પાસપોર્ટ  
ફોટો ચોટાડી તેના  
પર સહી કરવી.

| ઉમેદવારનું પુરૂ નામ-     | નામ   | પિતા / પતિનું નામ | અટક                  |
|--------------------------|-------|-------------------|----------------------|
| ઉમેદવારનું પુરૂ સરનામું- |       |                   |                      |
| જન્મ તારીખ-              | તારીખ | માસ               | વર્ષ                 |
|                          |       |                   | જન્મ તારીખ શબ્દોમાં- |

શૈક્ષણિક લાયકાત : પ્રમાણિત આધારોની ઝેરોક્ષ નકલ જોડવી.

| ક્રમ | પસા <del>ફરેલ</del> પરીક્ષા | ટકાવારી | યુનિવર્સિટી/સંસ્થાનું નામ | પાસ કર્યાનું વર્ષ | ફાઇનલ વર્ષના ટકા (%) | ટ્રાયલ/પ્રયત્ન | Homeopathy/ Ayurved registration of Council |
|------|-----------------------------|---------|---------------------------|-------------------|----------------------|----------------|---------------------------------------------|
|      |                             |         |                           |                   |                      |                |                                             |
|      |                             |         |                           |                   |                      |                |                                             |
|      |                             |         |                           |                   |                      |                |                                             |
|      |                             |         |                           |                   |                      |                |                                             |
|      |                             |         |                           |                   |                      |                |                                             |
|      |                             |         |                           |                   |                      |                |                                             |

અનુભવની વિગત : પ્રમાણિત આધારોની ઝેરોક્ષ નકલ જોડવી

| ક્રમ | સંસ્થા/પેઢી કચેરીનું નામ સરનામું અથવા શાખાનું નામ | હોદ્દો | અનુભવનો સમયગાળો કયાંથી કયાં સુધી |
|------|---------------------------------------------------|--------|----------------------------------|
|      |                                                   |        |                                  |
|      |                                                   |        |                                  |
|      |                                                   |        |                                  |
|      |                                                   |        |                                  |
|      |                                                   |        |                                  |

અન્ય વિગતો

:: સોગંદ નામું ::

હું આથી એકરાર કરું છું કે, મેં ઉપર જણાવેલ તમામ વિગતો તદ્દન સાચી અને સંપૂર્ણ છે. જો તે ખોટી જણાય તો મારી સામે જે પગલા લેવાય તે મને સંપૂર્ણપણે બંધનકર્તા રહેશે રાજકોટ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશનનાં પ્રવર્તમાન અને વખતો વખત થનાર તમામ નિયમોનું પાલન કરવા હું આથી લેખિત બાંહેધરી આપું છું.

|              |                  |
|--------------|------------------|
| તારીખ-       | ઉમેદવારની સહી-   |
| સ્થળ- રાજકોટ | ઉમેદવારનું નામ - |