

भारत सरकार
GOVT. OF INDIA
लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल
LADY READING HEALTH SCHOOL

सं 15-1/2020-ले.री.हे.स्कू
No.15-1/ 2020 – LRHS.
दूरभाष/ फैंक्स 011-23613473
Tel/Fax 011- 23613473

बाड़ा हिन्दू राव, दिल्ली
BARA HINDU RAO, DELHI-110006
दिनांक:
Dated:

सेवा में
To

विषय:- जनवरी 2021से जून 2021 सत्र के लिए एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग (पदोन्नती प्रशिक्षण)
Subject:- Promotional Training for ANM from **January , 2021 to June, 2021** Session.

सर/ मैडम,
Sir/Madam,

मुझे यह कहना है की एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग का अगला सत्र **01/01/2021** से शुरू होने जा रहा है। पाठ्यक्रम का संक्षिप्त विवरण नीचे दिया गया है

I am to say that the next session for Promotional Training for ANM is scheduled to start from **01/01/2021**. The brief particular of the course are given below:

पाठ्यक्रम का दायरा :- पाठ्यक्रम पाँच वर्ष के अनुभव रखने वाली महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता (ए एन एम) को उन्नति के अवसर प्रदान करने एवं बहुउद्देश्य कार्यकर्ताओं को स्वास्थ्य प्रयवेक्षक बनाने हेतु बनाया गया है ताकि इससे कार्यकर्ताओं की कमियों को दूर किया जा सके।

Scope of the Course:- The course is designed for providing promotional opportunities for the ANMs in service with five years experience to become Health Supervisors of Multipurpose Workers and to fill up the deficiencies existing for such personnel.

अवधि:- पाठ्यक्रम 6 (छह) महीने की अवधि का है।

Duration :- The Course is of 6 (six) months duration.

- | | | | |
|----------------------|---|--------------------------------------------------------|---------------------|
| (क) योग्यता | - | i) सामान्य शिक्षा : | मैट्रिकुलेशन/ दसवीं |
| (a) Qualification | - | i) General Education : | Matriculation |
| | - | ii) एएनएम किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से प्रशिक्षण। | |
| | - | ii) A.N.M. Training from a recognized Institution. | |
| ख) अनुभव | - | एएनएम के रूप में 5 साल या उससे अधिक अनुभव | |
| b) Experience | - | 5 years or more as ANM | |
| ग) पात्रता | - | केवल प्रायोजित उम्मीदवार प्रशिक्षण के लिए पात्र हैं। | |
| c) Eligibility | - | Only sponsored candidates are eligible for training. | |
| घ) शारीरिक स्वास्थ्य | - | उम्मीदवारको चिकित्सीय रूप से स्वस्थ होना चाहिए। | |
| | - | (प्रशिक्षण अवधि के दौरान गर्भावस्था की अनुमति नहीं है। | |
| d) Physical Fitness | - | The candidate should be medically fit. | |
| | - | (Pregnancy during training period is not allowed | |

ड)	वित्तीय सहायता	-	कोई वित्तीय सहायता छात्रवृत्ति/वजीफा नहीं
e)	Financial assistant	-	No financial assistance in the shape of Scholarship/Stipend will be paid by Central Govt.
च)	आयु सीमा	-	55 वर्ष 01/01/2021 तक
f)	Age Limit	-	upto 55 years as on 01/01/2021

शुल्क: उम्मीदवार द्वारा अग्रिम में निम्नलिखित राशि देय होगी

i)	ट्यूशन शुल्क	:	रु. 100 /-
ii)	क्षेत्रीयकार्य	:	रु. 100 /-
iii)	पंजीकरणशुल्क	:	रु. 05 /-
iv)	परीक्षाशुल्क	:	रु. 15 /-
v)	* जमानत राशि	:	रु. 500 /-

FEES : The following amount will be payable in advance by the candidate

i)	Tuition Fee	:	Rs. 100/-
ii)	Field Work	:	Rs. 100/-
iii)	Registration Fee	:	Rs. 05/-
iv)	Examination Fee	:	Rs. 15/-
v)	* Caution Money	:	Rs. 500/-

(* पाठ्यक्रम के पूरा होने पर वापसी योग्य), सामान के नुकसान /होनी यदि कोई हो पर प्रभार घटाने के बाद।
(* Refundable on completion of the Course) after deducting charges on account of loss/damage of articles, if any.)

Hostel Accommodation :- At present due to some administrative problems the hostel facilities are not available.

छात्रावास आवास- वर्तमान में कुछ प्रशासनिक समस्याओं के कारण छात्रावास की सुविधा उपलब्ध नहीं है।

यह अनुरोध किया जाता है कि निर्धारित प्रपत्र पर आवेदन की अंतिम तिथि 15/11/2020 तक प्रधानाचार्या, ले. री. हे स्कूल, दिल्ली के कार्यालय में भेजे जा सकते हैं।

It is requested that applications on the PRESCRIBED FORM may please be sent latest by **15/11/2020** in the office of Principal, LRHS, Delhi.

कृपया स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की वेबसाइट /www.mohfw.nic.in प रजाएं और लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल की वेबसाइट / www.ladyreadinghealthschool.com पर जाए ।

Please visit Ministry of Health's website /www.mohfw.nic.in. and Lady Reading Health School Website /www.ladyreadinghealthschool.com.

प्रधानाचार्या
Principal

भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA
लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल बाड़ा हिन्दू राव दिल्ली 110006
LADY READING HEALTH SCHOOL
BARA HINDU RAO, DELHI-110006

केवल कार्यालय उपयोग के लिए
FOR OFFICE USE ONLY

फार्म सं :
Form No. _____
प्राप्ति की तारीख
Date of receipt _____

छात्र की स्थिति : प्रायोजित/गैर-प्रायोजित
Student Status : Sponsored/Non-sponsored

आरक्षण श्रेणी : हाँ/नहीं - अ जा /अ जंजा
Reserved Category : Yes/No - SC/ST

शैक्षणिक योग्यता
Educational Qualification :

व्यवसायिक योग्यता
Professional Qualification :

पंजीकरण संख्या
(राज्य उपचर्या परिषद)
Registration Number :
(State Nursing Council)

पेशेवर अनुभव
Professional Experience :

आवेदन की स्थिति : पूरा _____ अधूरा
Application Status : Complete _____ Incomplete

पात्र : हाँ नहीं _____
Eligible : चयनित / प्रतिकर्षित / चयनित नहीं
Yes _____ No
Selected / Waiting / Not Selected

जांचकर्ता के हस्ताक्षर
Signature of the Scrutinizer

आवेदन फार्म के लिए

APPLICATION FORM FOR

ए एन एम के लिए प्रायोगिक प्रशिक्षण के लिए प्रवेश सत्र - जनवरी, 2021 से जून 2021.

ADMISSION TO THE PROMOTIONAL TRAINING FOR A.N.M. SESSION

January 2021 to June 2021.

- | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | नाम श्रीमती/सुश्री
(ब्लॉक अक्षरों में) | : | _____ | नई पासपोर्ट
साइज़ सत्यापित
फोटोचिपकाए | | | | | | | | | | |
| 1. | Name: Mrs./Miss.
(In Block Letters) | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 2 | पति / पिता का नाम | : | _____ | Latest
Attested
Passport Size
Photograph to
be fixed | | | | | | | | | | |
| 2. | Husband's/Father's Name | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 3. | जन्म तिथि | : | तिथि माह वर्ष | | | | | | | | | | | |
| 3. | Date of Birth
(Proof to be attached) | : | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Date Month Year | | | | | | | | | | | |
| 4. | विवाहित/एकल/विधवा | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 4. | Married/Single/Widow | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 5. | क्या अ.जा /अ जंजा से संबंधित है
(सबूत संलग्न होना है) | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 5. | Whether belongs to SC/ST
(Proof to be attached) | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 6. | स्थायी पता/ Permanent Address | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 7. | पत्राचार के लिए पता
(पिन कोड नंबर के साथ) | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 7. | Address for Correspondence
(with Pin code number) | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 8. | काम करने का वर्तमान पता स्थान | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 8. | Present Address of working
Place | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 9. | टेलीफोन/मोबाईल नंबर | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 9. | Tel./Mobile Number | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 10. | ए) शैक्षणिक योग्यता/ व्यावसायिक योग्यता | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| | बी) व्यावसायिक योग्यता | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| 10. | A) Educational Qualification | : | _____ | | | | | | | | | | | |
| | B) Professional Qualification | : | _____ | | | | | | | | | | | |

स्वास्थ्य परीक्षा फार्म
MEDICAL EXAMINATION FORM

नाम : _____ आयु : _____ वर्ष
Name : _____ Age: _____ Years
पता : _____
Address : _____

पारिवारिक इतिहास किसी भी परिवार के सदस्यों को नहीं था

Family History : Have any applicant's family members had :-

- (अ) क्षय रोग _____
(a) Tuberculosis _____
(ब) मधुमेह _____
(b) Diabetes _____
(स) तंत्रिका या मानसिक विकार _____
(c) Nervous or mental disorders _____

व्यक्तिगत इतिहास मे आवेदक को निम्न मे से किसी से भी सामना करना पड़ा यदि ऐसा है तो

Personal History : Had applicant even suffered from any of the following, if so when:-

- क) टी.बी.
a) Tuberculosis : _____
ख) कार्डियो रोग, अस्थमा
b) Cardio Diseases, Asthma : _____
ग) गेस्ट्रो आंत्र विकार
(अपेंडिसिटीस। गैल पत्थर आदि)
c) Gastro Intestinal disorders : _____
(Appendiciti, Gall stone etc.)
घ) मानसिक या घबराहट दिव्यांगता
d) Mental or nervous disabilities : _____
ड) गठिया
e) Arthritis : _____
च) रुमेटिक बुखार
f) Rhecumetic fever : _____
छ) मधुमेह/ Diabetes : _____
ज) पीलिया / Jaundice : _____
झ) टाईफाइड / Typhoid : _____

आवेदक को कब आखिरी टीकाकरण किया गया

When was the applicant last

- अ) टाईफाइड के खिलाफ टीकाकरण
a) Inoculated against typhoid : _____
ब) हैजा के खिलाफ टीकाकरण
b) Immunized against Cholera : _____

शारीरिक परीक्षण
PHYSICAL EXAMINATION

सामान्य विकास
GENERAL DEVELOPMENT

वजन _____ ऊंचाई _____ आसन _____
Weight _____ Height _____ Posture _____

त्वचा _____ खून की कमी _____
Skin _____ Anemia _____

वजन मे हाल ही मे हुआ कोई भी बदलाव
Any recent changes in weight _____

नैदानिक परीक्षण
Clinical Examination

1. आंखे दृष्टि दाईं आँख
बाईं आँख
1. Eyes _____ Sight : Right Eye _____
Left Eye _____
2. कान सुनना
2. Ears _____ Hearing : _____
3. दांतों की दशा
3. Condition of teeth : _____
4. टोंसिल और ऐडिनॉइड
4. Tonsils and Adenoids : _____
5. फेफड़े
5. Lungs : _____
6. हृदय
6. Heart : _____
7. पल्स दर रक्तचाप
7. Pulse Rate _____ Blood Pressure _____
8. उदर
8. Abdomen
अ) जिगर ब) हर्निया स) प्लीहा
a) Liver _____ b) Hernia _____ c) Spleen _____
9. ग्रंथिया (टाईफाइड-कारविक)
9. Glands (Typhoid-Cervical) : _____
10. वारीकोज नसे
10. Varicose veins : _____
11. पैरों की असमान्यताएं
11. Abnormalities of feet : _____

12. मूत्र विश्लेषण
12. Urine Analysis:
रंग विशेष क्यू .आर.
Colour _____ Sp. Qr. _____
अलबुमिन शुगर
Albumin _____ Sugar _____
13. मामले
13. Cases : _____
14. रक्त एच बी
14. Blood H.B. : _____
15. कृपया बताएं
15. Please indicate:
(ए) माहवरी नियमित है _____
(a) Is the menstruation regular _____
(बी) क्या यह कार्य के साथ हस्तक्षेप करता है _____
(b) Does it interfere with the work _____
(सी) क्या वह गर्भवती है (शादी के मामले में) _____
(c) Is she pregnant (in case of married) _____
16. क्या आपके लिए ज्ञात कोई भी तथ्य आवेदक के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली या पूर्ववर्ती परीक्षा में नहीं लाया गया है।
16. Are any facts known to you not brought in the foregoing Examination affecting or likely to affect the health of the applicant.

17. टिप्पणियां, यदि कोई भी
17. Remarks, if any _____

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer
Registration No. _____

पंजीकरण क्रमांक:
Address _____
