

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

सं 15-1/2022-ले.री.हे.स्कू  
No.15-1/ 2022-LRHS.  
दूरभाष/ फैंक्स 011-23613473  
Tel/Fax 011- 23613473

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

सेवा में  
To

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**विषय:-** जुलाई 2023 से दिसम्बर 2023 सत्र के लिए एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग (पदोन्नती प्रशिक्षण)  
**Subject:-** Promotional Training for ANM from July , 2023 to December, 2023 Session.

सर/ मैडम,

Sir/Madam,

मुझे यह कहना है की एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग का अगला सत्र **01/07/2023** 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 **01/07/2023**. The brief particular of the course are given below:

**प्रवेश का मानदंड :-** 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।

**Admission Criteria:-** 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.

- |     |                                     |   |
|-----|-------------------------------------|---|
| (A) | <b>अवधि:-</b><br><b>Duration :-</b> | पाठ्यक्रम 6 (छह) महीने की अवधि का है।<br>The Course is of 6 (six) months duration.  |
| (B) | योग्यता<br>Qualification            | - i) सामान्य शिक्षा : मैट्रिकुलेशन/ दसवीं/ XII<br>- i) General Education : Matriculation/ XII<br>- ii) एएनएम किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से प्रशिक्षण।<br>- ii) A.N.M. Training from a recognized Institution. |
| (C) | अनुभव<br>Experience                 | - 15/05/2023 को एएनएम के रूप में 5 साल या उससे अधिक अनुभव<br>- 5 years or more as ANM on 15/05/2023   |
| (D) | पात्रता<br>Eligibility              | - केवल सरकारी संस्था से प्रायोजित उम्मीदवार प्रशिक्षण के लिए पात्र हैं।<br>- Only sponsored candidates from government institution are eligible for training  |
| (E) | शारीरिक स्वास्थ्य                   | प्रवेश के समय उम्मीदवार को चिकित्सीय रूप से स्वस्थ होना अनिवार्य है।<br>(प्रशिक्षण अवधि के दौरान गर्भावस्था की अनुमति नहीं है।) नवीनतम स्वास्थ्य पमाण पत्र संलग्न करें।   |

Physical Fitness	-	The candidate should be medically fit at the time of admission. (Pregnancy during training period is not allowed) (Latest medical fitness certificate to be attached)
(F) वित्तीय सहायता Financial assistant	-	केंद्रीय सरकार द्वारा कोई वित्तीय सहायता छात्रवृत्ति/वजीफा नहीं No financial assistance in the shape of Scholarship/Stipend will be paid by Central Govt.
(G) आयु सीमा Age Limit	-	55 वर्ष 15/05/2023 तक upto 55 years as on 15/05/2023
(H) चयन मापदंड Selection Criteria	-	उम्मीदवार का चयन वरिष्ठता के आधार पर किया जाएगा! The candidate will be selected on seniority basis.
(I) पंजीकरण Registration	-	उम्मीदवार को उसी प्रायोजित राज्य से पंजीकृत होना चाहिये! The candidates should be registered with the sponsoring state.

**शुल्क:** उम्मीदवार द्वारा अग्रिम में निम्नलिखित राशि देय होगी

xvi) ट्यूशन शुल्क	:	रु. 100 /-
xvii) क्षेत्रीयकार्य	:	रु. 100 /-
xviii) पंजीकरणशुल्क	:	रु. 05 /-
xix) परीक्षाशुल्क	:	रु. 15 /-
xx) * 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 15/05/2023 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 15/05/2023 in the office of Principal, LRHS, Delhi.

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

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

प्रधानाचार्या  
Principal  
Principal Nursing Officer  
Govt. of India  
Lady Reading Health School

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 - जुलाई, 2023 से दिसम्बर 2023.  
ADMISSION TO THE PROMOTIONAL TRAINING FOR A.N.M. SESSION  
July 2023 to December 2023.

3. नाम श्रीमती/सुश्री : \_\_\_\_\_  
(ब्लॉक अक्षरों में)
1. Name: Mrs./Miss. : \_\_\_\_\_  
(In Block Letters)
2. पति / पिता का नाम : \_\_\_\_\_  
2. Husband's/Father's Name : \_\_\_\_\_
3. जन्म तिथि : तिथि माह वर्ष  
3. Date of Birth :        
(Proof to be attached) 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. स्थाई 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 : \_\_\_\_\_

नई पासपोर्ट  
साइज़ सत्यापित  
फोटोचिपकाए  
Latest  
Attested  
Passport Size  
Photograph to  
be fixed



**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 :-

- |     |                             |       |
|-----|-----------------------------|-------|
| (ई) | क्षय रोग                    | _____ |
| (j) | Tuberculosis                | _____ |
| (ब) | मधुमेह                      | _____ |
| (k) | Diabetes                    | _____ |
| (स) | तंत्रिका या मानसिक विकार    | _____ |
| (l) | 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<br>(अपेंडिसिटीस। गैल पत्थर आदि)           |         |
| c) | Gastro Intestinal disorders<br>(Appendicitis, Gall stone etc.) | : _____ |
| घ) | मानसिक या घबराहट दिव्यांगता                                    |         |
| d) | Mental or nervous disabilities                                 | : _____ |
| ड) | गठिया  |         |
| e) | Arthritis  | : _____ |
| च) | रुमेटिक बुखार  |         |
| f) | Rheumatic fever  | : _____ |
| छ) | मधुमेह/ Diabetes   | : _____ |
| ज) | पीलिया / Jaundice  | : _____ |
| झ) | टाइफाइड / Typhoid  | : _____ |

आवेदक को कब आखिरी टीकाकरण किया गया

When was the applicant last

- |    |                            |         |
|----|----------------------------|---------|
| अ) | टाइफाइड 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 Weight _____	ऊँचाई Height _____	आसन Posture _____
त्वचा Skin _____	खून की कमी Anemia _____	

वजन में हाल ही में हुआ कोई भी बदलाव  
Any recent changes in weight \_\_\_\_\_

**नैदानिक परीक्षण**  
**Clinical Examination**

- |                              |                      |                                   |
|------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| 1. आंखें                     | दृष्टि               | दाईं आँख<br>बाईं आँख              |
| 1. Eyes _____                | Sight :              | Right Eye _____<br>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 (टाइफाइड-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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_