

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

सं 15-1/2024-ले.री.हे.स्कू
No.15-1/ 2024-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 2024 से दिसम्बर 2024 सत्र के लिए एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग (पदोन्नती प्रशिक्षण)
Subject:- Promotional Training for ANM from July , 2024 to December, 2024 Session.

सर/ मैडम,

Sir/Madam,

मुझे यह कहना है की एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग का अगला सत्र **01/07/2024** 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 **01/07/2024**. 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) | अवधि:- | पाठ्यक्रम 6 (छह) महीने की अवधि का है। |
| | Duration :- | The Course is of 6 (six) months duration. |
| (B) | योग्यता | i) सामान्य शिक्षा : मैट्रिकुलेशन/ दसवीं/ XII |
| | Qualification | i) General Education : Matriculation/ XII |
| | | ii) एएनएम किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से प्रशिक्षण। |
| | | ii) A.N.M. Training from a recognized Institution. |
| (C) | अनुभव | 15/05/2024 को एएनएम के रूप में 5 साल या उससे अधिक अनुभव |
| | Experience | 5 years or more as ANM on 15/05/2024 |
| (D) | पात्रता | केवल सरकारी संस्था से प्रायोजित उम्मीदवार प्रशिक्षण के लिए पात्र है। |
| | Eligibility | 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।
(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 15/05/2024 तक upto 55 years as on 15/05/2024
(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

xxvi) ट्यूशन शुल्क	:	रु. 100 /-
xxvii) क्षेत्रीयकार्य	:	रु. 100 /-
xxviii) पंजीकरणशुल्क	:	रु. 05 /-
xxix) परीक्षाशुल्क	:	रु. 15 /-
xxx) * 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 15/05/2024 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 15/05/2024 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
Delhi-110006

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 ता रीख
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 / प्रतियोगी / 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, 2024 से दिसम्बर 2024.
ADMISSION TO THE PROMOTIONAL TRAINING FOR A.N.M. SESSION
July 2024 to December 2024.

1.	नाम श्रीमती/सुश्री (ब्लॉक अक्षरों में)	:	_____	<div>नई पासपोर्ट साइज़ सत्यापित फोटोचिपकाए Latest Attested Passport Size Photograph to be fixed</div>												
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)	:	<table><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2">Date</td><td colspan="2">Month</td><td colspan="2">Year</td></tr></tbody></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date		Month		Year		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
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	:	_____													

प्रशिक्षण का नाम Name of Training	संस्था का नाम Name of Institution	सरकारी Govt.	निजी Private	अवधि के प्रशिक्षण से लेकर Period of Training	प्राप्तांक (प्रतिशत में) %-age of marks obtained
				From	

11. અનુભવ/Experience:-

क्र. सं. S. No.	आयोजित पद का नाम Post Held	संस्था का नाम Name of Institution	से From	लेकर To	अनुभव के वर्ष साल महिना <u>Years of Experience</u> Years Month	

- | | | | | |
|-----|--|---|-----|------|
| 12. | ए एन एम के रूप में पंजीकृत | : | हाँ | नहीं |
| 12. | Registered as A.N.M. If yes:-अगर हाँ | : | YES | NO |
| | पंजीकरण परिषद का नाम | : | | |
| | Name of Registering Council | : | | |
| | पंजीकरण क्रमांक/Registration No. | : | | |
| 13. | सदस्यता संख्या / Membership No of | : | | |
| 13. | व्यवसायिक संगठन (टी एन ए आई) | : | | |
| | Professional Organization (TNAI) | : | | |
| 14. | स्थानीय संरक्षक का नाम पता और टेलीफोन नंबर | : | | |
| | यदि कोई है तो। | : | | |
| 14. | Name, Address & Telephone No. | : | | |
| | of local guardian, if any | : | | |

दिनांक
Dated :

उम्मीदवार के हस्ताक्षर
Signature of the Candidate

NOTE:-

1. कृपया अपने शैक्षिक, व्यवसायिक, पंजीकरण और अनुभव प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रतियाँ संलग्न करें।
Please enclose attested copies of your Educational, Professional, Registration and Experience Certificate.
2. मेडिकल सर्टिफिकेट (मेडिकल परीक्षा फार्म)
Medical Certificate (Medical Examination Form)
3. यदि अ जा /अ जंजा श्रेणियों से संबंधित है तो जाति प्रमाणपत्र।
Caste Certificate in case if belongs to SC/ST categories.
4. आवेदन पत्र उचित चैनल के माध्यम से प्रस्तुत किया जाना चाहिए।
Application Form should be submitted through proper channel.
5. नियुक्ति पत्र आवेदन पत्रके साथ संलग्न करें।
Appointment letter to be attached with application

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 :-

- (ऊ) क्षय रोग _____
(p) Tuberculosis _____
(ब) मधुमेह _____
(q) Diabetes _____
(स) तंत्रिका या मानसिक विकार _____
(r) Nervous or mental disorders _____

व्यक्तिगत इतिहास में आवेदक को निम्न में 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 _____
(अपेंडिसिस, गैल पत्थर आदि)
c) Gastro Intestinal disorders : _____
(Appendicitis, Gall stone etc.)
घ) मानसिक या घबराहट दिव्यांगता _____
d) Mental or nervous disabilities : _____
ड) गठिया _____
e) Arthritis : _____
च) रूमेटिक 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 _____ ऊँचाई _____ आसन _____
Weight _____ Height _____ Posture _____

त्वचा _____ खून की कमी _____
Skin _____ Anemia _____

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

नैदानिक परीक्षण
Clinical Examination

1. आंखें _____ 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. टॉन्सिल 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 असामान्यताएं _____
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 _____
