

# સુરત મહાનગરપાલિકા

ફોર્મ નં :- ૧



## વિષય : તબીબી સારવાર પુસ્તિકા મેળવવા બાબત

અરજદાર :- કર્મચારી / મ્યુનિસીપલ સભ્ય / શાળા સમિતિ સભ્ય

- (૧) અરજદારનું પુરૂ નામ : અટક નામ પિતા/પતિનું નામ  
.....
- (૨) વૈવાહિત દરજ્જો : પરિણીત ..... અપરિણીત .....
- (૩) જન્મ તારીખ : ..... ઉંમર વર્ષ ..... માસ .....
- (૪) કર્મચારી નંબર/પીપીઓ નંબર .....
- (૫) હોદ્દો : .....
- (૬) વિભાગનું નામ : ..... ખાતાનું નામ : .....
- (૭) રહેઠાણનું કાયમી સરનામું :  
.....  
.....
- (૮) ટેલીફોન નંબર : ઘર ..... ઓફિસ .....
- (૯) નોકરીમાં દાખલ થયા તારીખ : .....
- (૧૦) નોકરીમાં કાયમી થયા તારીખ : .....
- (૧૧) નિવૃત્તિની તારીખ : .....
- (૧૨) નોકરીમાંથી નિવૃત્ત થયાનું કારણ : સેવા નિવૃત્તિ ..... સ્વૈચ્છિક નિવૃત્તિ .....  
મૃત્યુ ..... અન્ય .....
- (૧૩) મ્યુનિસીપલ સભ્ય / શાળા સમિતિ સભ્ય : ..... થી સને .....
- (૧૪) સારવાર માટે નિયત કરેલ હોસ્પિટલ: (૧) મસ્કતી ધર્માર્થ હોસ્પિટલ / મેડીકલ કોલેજ હોસ્પિટલ  
(૨) આઈ. ડી. હોસ્પિટલ
- (૧૫) સારવાર માટે પસંદ કરેલ શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર : .....
- સારવાર માટે પસંદ કરેલ શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્ર અને પ્રસુતિગૃહ : .....
- (રહેઠાણ અથવા ફરજ સ્થળની નજીક તથા અનુકૂળ શહેરી આરોગ્ય કેન્દ્રનું નામ જણાવવું)



ફોર્મ નં. :૧  
એકરનામું

આથી હું શ્રી ..... જાહેર કરું છું કે, હું નિયમ મુજબ માસિક તબીબી લેખ્યું મેળવતો નથી. તેમજ અરજીમાં જણાવેલ તમામ વિગતો ખરી છે. અને તેમાં જે કાંઈ ફેરફાર થશે તો તેની જાણ દિન-૧૫માં લેખિતમાં ખાતા મારફતે આરોગ્ય અધિકારીને કરીશ.

કર્મચારીની સહી

ચકાસણી કરનારની સહી

સેક્શન ઓફિસર

ખાતાના વડાની સહી

ખાસ નોંધ :-

- (૧) કર્મચારીના પાસપોર્ટ સાઈઝનાં ફોટા નંગ-૨ તથા તમામ આશ્રિતનાં સ્ટેમ્પ સાઈઝના બે નંગ ફોટા રજુ કરવાના રહેશે. ફોટાની પાછળ નામ અને કર્મચારી નંબર / પીપીઓ નંબર અવશ્ય લખવો.
- (૨) એક વર્ષની નોકરી પૂરી થઈ હોય તેવા કર્મચારીએ જ ફોર્મ ભરવું.
- (૩) અરજી ફોર્મ સાથે પગાર સ્લીપની તથા બાળકોનાં જન્મ દાખલાની પ્રમાણિત નકલ તથા જરૂરી પુરાવા રજુ કરવાનાં રહેશે.
- (૪) અરજી ખાતા મારફતે સોક્ષ્ણ ઓફિસર અથવા તેની કક્ષાથી ઉપરનાં અધિકારીએ ચકાસણી કર્યા બાદ જરૂરી પુરાવા સહીત મોકલવાની રહેશે.

**ફક્ત ઓફિસ કામ માટે**

કર્મચારી મજકુરના અરજી ફોર્મની ચકાસણી કરતા તેઓને તબીબી સારવાર પુસ્તીકા કાઢી આપવા જોગ જણાય છે. જે અંગે જરૂરી મંજુરી મળવા વિનંતી.

તૈયાર કરનાર  
જુની. કલાર્ક

ચકાસણી કરનાર  
સીની. કલાર્ક

સેક્શન ઓફિસર

આરોગ્ય અધિકારી

તબીબી સારવાર પુસ્તીકા નંબર E/R/M/S :-.....

તબીબી સારવાર પુસ્તીકા આપ્યાની તારીખ :- .....

કર્મચારીની સહી