



नाशिक महानगरपालिका, नाशिक
सार्वजनिक आरोग्य विभाग
रुग्णालयीन परिचारिका / परिचारक अहवाल

१. संपूर्ण नाव : _____
२. सद्याचा वास्तव्याचा संपूर्ण पत्ता व फोन नंबर : _____
३. कायमचा पत्ता व फोन नंबर : _____
४. कामकाज करीत असलेले ठिकाण : _____
नाव, पत्ता व फोन नंबर : _____
५. हुद्दा : _____
६. परिचर्या कामकाज केव्हा पासून : _____
दिनांक : _____
७. शैक्षणिक पात्रता : BSC Nursing / GNM / RANM / ANM
८. नर्सिंग कौन्सिल चे नाव : _____
कौन्सिल नोंदणी क्रमांक : _____
वैधता दिनांक : _____

दिनांक ; / /

परिचारिका / परिचारक यांची सही :

डॉक्टरांची सही : _____

रुग्णालयाचे नाव : _____

पत्ता : _____