

दिनांक : २८.०९.२०२६

// योग प्रशिक्षक जाहिरात अर्ज सादर करण्यास मुदतवाढ //

जिल्हा आयुष कक्ष, आरोग्य विभाग - जिल्हा परिषद छत्रपती संभाजीनगर

राष्ट्रीय आयुष अभियान अंतर्गत छत्रपती संभाजीनगर जिल्ह्यातील आयुष्मान आरोग्य मंदिर-आयुष (AAM-AYUSH आयुर्वेद व युनानी दवाखाने) येथे ०६ योग प्रशिक्षकांची मानधन तत्वावर निवड करण्यासाठी दिनांक १६.०९.२०२६ रोजी जाहिरात प्रसिद्ध करून अर्ज मागविण्यात आले होते परंतु अर्ज सादर करावयाच्या अंतिम तारखेपर्यंत पुरेश्या प्रमाणात अर्ज प्राप्त झालेले नसल्याने अर्ज मागविण्याच्या अंतिम तारखेस खालील प्रमाणे मुदतवाढ देण्यात येत आहे.

अर्ज स्वीकारण्याची अंतिम तारीख	दिनांक ०५/१०/२०२६
गुणवत्ता यादी व अपात्र उमेदवारांची यादी प्रसिद्ध करणे	दिनांक ०८/१०/२०२६
लेखी आक्षेप स्वीकारण्याची मुदत	दिनांक ०८/१०/२०२६ ते ०९/१०/२०२६ रोजी सायंकाळी ०५:०० वाजेपर्यंत.
आक्षेप सुनावणी व प्रत्यक्ष प्रात्यक्षिक व मुलाखत	दिनांक १३/१०/२०२६ रोजी सकाळी ११:०० वाजेपासून पुढे

Google Form ची लिंक https://forms.gle/bJT0xt2HwPNvFKJH7	Google Form साठी QR Code 
---	--

Sr	आयुष्मान आरोग्य मंदिर-आयुष (AAM-AYUSH आयुर्वेद व युनानी दवाखाने)
1	आयुर्वेद दवाखाना सावखेडा ता. गंगापुर
2	युनानी दवाखाना, जुना बाजार ता. छ. संभाजीनगर
3	युनानी दवाखाना, लासुरगाव ता. वैजापुर
4	युनानी दवाखाना, चिकलठाण ता. कन्नड
5	युनानी दवाखाना, शिवना ता. सिल्लोड
6	युनानी दवाखाना, गोंदेगाव, ता. सोयगाव

(सदर यादीत बदल होण्याची शक्यता आहे.)


(डॉ. अभय धनोरकर)

जिल्हा आरोग्य अधिकारी
जिल्हा परिषद, छत्रपती संभाजीनगर

योग प्रशिक्षक अर्ज - जिल्हा आयुष कक्ष, आरोग्य विभाग - जिल्हा परिषद छत्रपती संभाजीनगर
प्रती,

मा. जिल्हा आरोग्य अधिकारी
जिल्हा परिषद, छत्रपती संभाजीनगर.

Passport Size
Photo
(पासपोर्ट साइज
फोटो)

(उमेदवाराचा ईमेल id : _____)

१. उमेदवाराचे संपूर्ण नाव: _____

(नाव (प्रथम नाव, मधले नाव, आडनाव)

२. लिंग: स्त्री ☐ / पुरुष ☐ ३. जन्मदिनांक : ____/____/____ ४. Mobile No. : _____

५. पत्र व्यवहार पत्ता: _____

६. वर्गवारी (OBC,SC,ST,NT,EWS,VJ,OPEN): _____

७. योग पदव्युत्तर पदवी नाव : _____ ८. पदव्युत्तर पदवीच्या विद्यापीठाचे नाव : _____

९. योग पदवी नाव : _____ १०. पदवी पूर्ण केलेल्या विद्यापीठाचे नाव: _____

११. योग पदवीका नाव : _____ १२. पदवीका दिलेल्या संस्था/विद्यापीठाचे नाव : _____

१३. योग प्रमाणपत्र नाव : _____ १४. योग प्रमाणपत्र दिलेल्या संस्थेचे नाव : _____

१५. MS-CIT उत्तीर्ण : होय ☐ / नाही ☐

१६. शासकीय आरोग्य संस्थांमध्ये योग प्रशिक्षक म्हणून एकूण अनुभव : _____ वर्षे, महिने _____, दिवस _____

१७. ₹ २००/- डिमांड ड्राफ्ट : बँकेचे नाव _____, डीडीची तारीख ____/09/2026, डीडी क्र. _____

१९. **सोबत जोडवायाचे कागद पत्र -**

१. रु. २००/- डिमांड ड्राफ्ट
२. फोटोसहीत विहित नामुन्यातील अर्ज
३. आधार कार्ड
४. SSC certificate
५. TC
६. नावात बदल झाले बाबत विवाह नोंदणी प्रमाणपत्र/ राजपत्र

७. योग शैक्षणिक अर्हता पदव्युत्तर पदवी
८. योग शैक्षणिक अर्हता पदवी
९. योग शैक्षणिक अर्हता पदवीका
१०. योग शैक्षणिक अर्हता प्रमाणपत्र
११. MSCIT
१२. गूगल फोरम मध्ये भरलेली माहिती
१३. अनुभव प्रमाण पत्र

दिनांक :

ठिकाण :

उमेदवाराचे नाव व सही