



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ  
ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೊಸೈಟಿ(೦), ಜಿಲ್ಲಾ ಯೋಜನಾ ನಿರ್ವಹಣಾ ಘಟಕ, 2ನೇ ಮಹಡಿ,  
ಪಿ.ಡಬ್ಲ್ಯು.ಡಿ ಕಟ್ಟಡ, ಆರ್.ಟಿ.ಓ.ಕಛೇರಿ ಹತ್ತಿರ, ನೆಹರು ಮೈದಾನ ರಸ್ತೆ, ಮಂಗಳೂರು-575001

ಇಮೇಲ್: rchodkannada@gmail.com

ಫೋನ್ ನಂಬರ್: 0824-2424501

ಸಂ.ಡಿ.ಪಿ.ಎಂ.ಯು/ದ.ಕ/PM-ABHIM/ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್/48/2023-24

ದಿನಾಂಕ:31/12/2024

**ನೇಮಕಾತಿ ಪ್ರಕಟಣೆ**

PM-ABHIM ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳಿಗೆ ಒಂದು ವರ್ಷದ ಅವಧಿಗೆ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡಲು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ವಿವಿಧ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿ ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹುದ್ದೆಗಳ ವಿವರ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿದೆ:

**I. ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಗೆ:**

ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆಯ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯೆ	ಅರ್ಹತೆ	ಮಾಸಿಕ ಸಂಚಿತ ವೇತನ
ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಕೋಡಿಂಬಾಳ-ಕಡಬ - 01	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್ ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು Intership ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು. ಕರ್ನಾಟಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಇಲ್ಲಿ ನೋಂದಾವನೆ ಆಗಿರಬೇಕು. ಗರಿಷ್ಠ 45 ವರ್ಷ ವಯೋಮಿತಿ	ರೂ.60,000/-

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಯ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಿ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಸಮತಳ ಮೀಸಲಾತಿ ಪಟ್ಟಿ		
ಮೀಸಲಾತಿ	ಸಮತಳ ಮೀಸಲಾತಿ	
	ಮಹಿಳಾ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	ಒಟ್ಟು
2ಎ	1	1
ಒಟ್ಟು	1	1

**II. ಶುಶ್ರೂಷಕಿ ಹುದ್ದೆಗೆ:**

ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆಯ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯೆ	ಅರ್ಹತೆ	ಮಾಸಿಕ ಸಂಚಿತ ವೇತನ
ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಕೊಂಡಾಣ-ಕೋಟಿಕಾರು ಮತ್ತು ಗುತ್ತಕಾಡು-ಕಿನ್ನಿಗೋಳಿ - 02	ಬಿ.ಎಸ್ಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್/ಪೋಸ್ಟ್ ಬಿ.ಎಸ್ಸಿ ನರ್ಸಿಂಗ್/ಜಿ.ಎನ್.ಎಂ/ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್‌ನಲ್ಲಿ ನೋಂದಾವಣೆಯಾಗಿರಬೇಕು. ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಕೋರ್ಸ್ ಮಾಡಿರಬೇಕು	ರೂ.12,485/- ಮತ್ತು ರೂ.3,404/- ಇ.ಪಿ.ಎಫ್

ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರ ಹುದ್ದೆಯ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಿ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಸಮತಳ ಮೀಸಲಾತಿ ಪಟ್ಟಿ			
ಮೀಸಲಾತಿಯ 11 ರಿಂದ 12 ರಿಕ್ತ ಸ್ಥಾನಗಳ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಒಳಮೀಸಲಾತಿ ತಃಖ್ತೆ			
ಮೀಸಲಾತಿ	ಸಮತಳ ಮೀಸಲಾತಿ		ಒಟ್ಟು
	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	
II ಬಿ	0	1	1
ಸಾಮಾನ್ಯ	1	0	1
ಒಟ್ಟು	1	1	2

III. ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ (ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಣಾಧಿಕಾರಿ) ಹುದ್ದೆಗೆ:

ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆಯ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯೆ	ಅರ್ಹತೆ	ಮಾಸಿಕ ಸಂಚಿತ ವೇತನ
1. ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಗಂಟಲಟ್ಟೆ-ಮೂಡಬಿದ್ರೆ-01 2. ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಲಿಂಗಪ್ಪಯ್ಯನಕಾಡು-ಮುಲ್ಕಿ-01 3. ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಗುತ್ತಕಾಡು-ಕಿನ್ನಿಗೋಳಿ-01 4. ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಮೀನಕಳಿಯ-ಮಂಗಳೂರು-01 5. ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಪೋರ್ಟ್(ಹ್ಯೂಗೊಬಜಾರ್)-ಮಂಗಳೂರು-01	ಎಸ್.ಎನ್.ಎಲ್.ಸಿ ಅಥವಾ ತತ್ಸಮಾನ ಪರಿಷ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ತೇರ್ಗಡೆಯಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ವಿವಿಧೋದ್ದೇಶ ಮೂಲ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರಬೇಕು. ಅಥವಾ ಎಸ್.ಎನ್.ಎಲ್.ಸಿ ಅಥವಾ ತತ್ಸಮಾನ ಪರಿಷ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ತೇರ್ಗಡೆಯಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಅರವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ನಡೆಸುವ 03 ವರ್ಷಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಕರ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಹೊಂದಿರಬೇಕು. ಅಥವಾ ಪಿ.ಯು.ಸಿ (ವಿಜ್ಞಾನ) ತೇರ್ಗಡೆಯಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಅರವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ನಡೆಸುವ 02 ವರ್ಷಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಕರ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಹೊಂದಿರಬೇಕು.	ರೂ.12,359/- ಮತ್ತು ರೂ.3,370/- ಇ.ಪಿ.ಎಫ್


ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರ (ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಣಾಧಿಕಾರಿ) ಹುದ್ದೆಯ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಿ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಸಮತಳ ಮೀಸಲಾತಿ ಪಟ್ಟಿ						
ಮೀಸಲಾತಿಯ 20 ರಿಂದ 24 ರಿಕ್ತ ಸ್ಥಾನಗಳ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಒಳಮೀಸಲಾತಿ ತಃಖ್ತೆ						
ಮೀಸಲಾತಿ	ಸಮತಳ ಮೀಸಲಾತಿ					ಒಟ್ಟು
	ಮಹಿಳಾ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	ಮಾ.ಸೈ.ಅ	ಅ.ವಿ.ಅ (ದೃ.ಮಾ)	ಸಾಮಾನ್ಯ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	
ಪ.ಜಾ	0	0	0	1	0	1
II ಎ	0	1	0	0	0	1
ಸಾಮಾನ್ಯ	1	0	1	0	1	3
ಒಟ್ಟು	1	1	1	1	1	5

ರೋಸ್ಟರ್ ಪ್ರಕಾರ ಅರ್ಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮುಂದಿನ ರೋಸ್ಟರ್ ಬಿಂದುವಿನ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಯವರಿಗೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡಲಾಗುವುದು.

ಈ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ವಯ ಮತ್ತು ರೋಸ್ಟರ್ ಕಂ ಮೆರಿಟ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಹುದ್ದೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗಿಲ್ಲ.

ಗರಿಷ್ಠ ವಯೋಮಿತಿ: ಸಾಮಾನ್ಯ ವರ್ಗ-18-35 ವರ್ಷ, II (A), II(B), III(A), III(B)-18-38 ವರ್ಷ, SC, ST, Cat-1 -18-40 ವರ್ಷ.

ಸೂಚನೆ: ನಿಗದಿತ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಇಲಾಖಾ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ [www.dkhfw.in](http://www.dkhfw.in) ನಲ್ಲಿಯೇ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಪಡೆದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುವ ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ ದಿನಾಂಕ:07/01/2025ರ ಸಂಜೆ 3:00 ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಈ ಕಛೇರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು. ನಂತರ ಬಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಈ ಕಛೇರಿಯ ದೂರವಾಣಿ ಸಂ:0824-2424501 ಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.

  
ನದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ  
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ ಸೊಸೈಟಿ,  
ದ.ಕ, ಮಂಗಳೂರು

**NATIONAL HEALTH MISSION**  
**DISTRICT HEALTH & F.W. SOCIETY @, D.K, Mangaluru**  
**"Namma Clinic" Programme**

---

Application for the post of

MBBS MO

Staff Nurse

Junior Health Assistant (HIO)

**I. Contact Information:**

1. Full Name:
2. Address for Communication:



3. Contact Number :
4. E-mail Address(compulsory):

**II. Personal Information:**

1. Date of Birth ( Attach Document):
2. Gender:
3. Religion:
4. Caste category ( Attach Document) :
5. Kannada Medium Candidate : Yes  No   
(If Yes, Attach Document)
6. Rural Candidate : Yes  No   
If Yes, Attach Document)
7. Physically Handicap : Yes  No   
(If Yes, Attach Document)

**III. Educational Qualification:**

1. \_\_\_\_\_ ( Attach Marks Card and relevant Document)
2. \_\_\_\_\_ ( Attach Marks Card and relevant Document)
3. \_\_\_\_\_ ( Attach Marks Card and relevant Document)

**IV. Attach Internship Certificate: (For MBBS MOs)**

**V. Attach Degree Certificates:**

**VI. Attach Registration Certificates: (KMC/KNC/PMB Certificate)**

I hereby declare that the above mentioned information is correct to the best of my knowledge and belief.

Date:

Place:

Name & Signature of Applicants

\*Last date for submission of application- 07/01/2025 before 3-00pm.

For more information contact 0824-2424501