



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

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

ಇಮೇಲ್: dpdodakshinakannada@gmail.com

ಫೋನ್ ನಂಬ್ರ: 0824-2424501

ಸಂ:ಡಿಪಿಎಂಯು/ದಕ/ಎನ್‌ಹೆಚ್‌ಎಂ/03/2026-27

ದಿನಾಂಕ:09/04/2026

ನೇಮಕಾತಿ ಪ್ರಕಟಣೆ

PM-ABHIM ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಿವಿಧ ನಗರ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ "ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್"ಗಳಿಗೆ ಒಂದು ವರ್ಷದ ಅವಧಿಗೆ ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡಲು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹುದ್ದೆಗಳ ವಿವರ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿದೆ:

I. ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆ:

ಕ್ರ.ಸಂ	ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು	ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆಯ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯೆ	ಅರ್ಹತೆ	ಮಾಸಿಕ ಸಂಚಿತ ವೇತನ
1	ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ	ಮಳವೂರು (ಮಂಗಳೂರು)-01, ತೋಟಬೇಂಗೆ (ಮಂಗಳೂರು)-01, ಕೆಂಬ್ರಾಜೆ (ಬೆಳ್ತಂಗಡಿ)-01, ಗಂಟಲಟ್ಟೆ (ಮೂಡಬಿದ್ರೆ)-01 ನೆತ್ತೂಡಿ (ಮೂಡಬಿದ್ರೆ)-01 ಕೋಡಿಂಬಾಳ (ಕಡಬ)-01 ಕುಂಪಲ (ನೋಮೇಶ್ವರ)-01 ಲಿಂಗಪ್ಪಯ್ಯನಕಾಡು (ಮುಳ್ಳಿ)-01 ಪೋರ್ಟ್ (ಮಂಗಳೂರು)-01 ಕೆಮ್ಮಿಂಜೆ (ಪುತ್ತೂರು)-01	ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್ ಉತ್ತೀರ್ಣರಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು Internship ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಪೂರೈಸಿರಬೇಕು. ಕರ್ನಾಟಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಇಲ್ಲಿ ನೋಂದಾವಣೆ ಆಗಿರಬೇಕು.  ಗರಿಷ್ಠ 45 ವರ್ಷ.	ರೂ.60,000/-

ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿ ನಿವೃತ್ತಿ ಹೊಂದಿದ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಹುದ್ದೆಯ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಿ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಸಮತಳ ಮೀಸಲಾತಿ ಪಟ್ಟಿ						
ಮೀಸಲಾತಿಯ 25 ರಿಂದ 34 ರಿಕ್ತ ಸ್ಥಾನಗಳ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಒಳಮೀಸಲಾತಿ ತಃಖ್ತೆ						
ಮೀಸಲಾತಿ	ಸಮತಲ ಮೀಸಲಾತಿ					ಒಟ್ಟು
	ಮಹಿಳಾ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	ವಿಕಲಚೇತನ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ (ದೈವಮಾ)	ಕ.ಮಾ.ಅ	ಯೋ.ನಿ.ಅ	
ಪ.ಜಾ (ಪ್ರ-ಬ)	1					1
ಪ.ಜಾ (ಪ್ರ-ಸಿ)		1				1
ಪ.ಪಂ		1				1
ಪ್ರವರ್ಗ-1	1					1
2ಎ	1		1			2
ಸಾಮಾನ್ಯ	1	1		1	1	4
ಒಟ್ಟು	4	3	1	1	1	10

**II. Multipurpose Worker (ಮಲ್ಟಿ ಪರ್ಪಸ್ ವರ್ಕರ್) ಹುದ್ದೆಗೆ:**

ಕ್ರ. ಸಂ	ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು	ಖಾಲಿ ಹುದ್ದೆಯ ಸ್ಥಳ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯೆ	ಅರ್ಹತೆ	ಮಾಸಿಕ ಸಂಚಿತ ವೇತನ
1	Multipurpose Worker (ಮಲ್ಟಿ ಪರ್ಪಸ್ ವರ್ಕರ್)	ಕುಂಜತ್ತೆಬೈಲ್ (ಮಂಗಳೂರು) -01, ಪೋರ್ಟ್ (ಮಂಗಳೂರು) -01	<p>ಕೆ.ಮ.ಆ.ಸ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್‌ನಲ್ಲಿ ನೋಂದಾವಣೆಯಾಗಿರಬೇಕು.</p> <p><b>ಅಥವಾ</b></p> <p>ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ಅಥವಾ ತತ್ಸಮಾನ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ತೇರ್ಗಡೆಯಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ವಿವಿಧೋದ್ದೇಶ ಮೂಲ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರಬೇಕು.</p> <p><b>ಅಥವಾ</b></p> <p>ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಲ್.ಸಿ ಅಥವಾ ತತ್ಸಮಾನ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ತೇರ್ಗಡೆಯಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಅರೆವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ನಡೆಸುವ 03 ವರ್ಷಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಕರ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಹೊಂದಿರಬೇಕು.</p> <p><b>ಅಥವಾ</b></p> <p>ಪಿ.ಯು.ಸಿ (ವಿಜ್ಞಾನ) ತೇರ್ಗಡೆಯಾಗಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕ ಅರೆವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ನಡೆಸುವ 02 ವರ್ಷಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಕರ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಹೊಂದಿರಬೇಕು.</p> <p><b>ಸೂಚನೆ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ (PHCO) ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರಥಮ ಅದ್ಯತೆ.</li> <li>2. ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಣಾಧಿಕಾರಿ (ಮಹಿಳೆ-HIO) ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಎರಡನೇ ಅದ್ಯತೆ.</li> <li>3. ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಣಾಧಿಕಾರಿ (ಪುರುಷ-HIO) ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಮೂರನೇ ಅದ್ಯತೆ.</li> </ol> <p>ಗರಿಷ್ಠ 40 ವರ್ಷ ವಯೋಮಿತಿ</p>	ರೂ.18,766 (ಇ.ಪಿ.ಎಫ್ ಅನ್ವಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ)


ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಮಲ್ಟಿ ಪರ್ಪಸ್ ವರ್ಕರ್ ಹುದ್ದೆಯ ನೇಮಕಾತಿಗಾಗಿ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಸಮತಲ ಮೀಸಲಾತಿ ಪಟ್ಟಿ		
ಮೀಸಲಾತಿಯ 09 ರಿಂದ 10 ರಿಕ್ತ ಸ್ಥಾನಗಳ ಮೀಸಲಾತಿ ಮತ್ತು ಒಳಮೀಸಲಾತಿ ತಃಖ್ತೆ		
ಮೀಸಲಾತಿ	ಸಮತಲ ಮೀಸಲಾತಿ	
	ಮಹಿಳಾ ಅಭ್ಯರ್ಥಿ	ಒಟ್ಟು
ಪ.ಜಾ (ಪ್ರ-ಬಿ)	1	1
ಸಾಮಾನ್ಯ	1	1
ಒಟ್ಟು	2	2

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

ಈ ಎಲ್ಲಾ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ/ನಮ್ಮ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ವಯ ಮೆರಿಟ್ ಕಂ ರೋಸ್ಟರ್ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದು.

ಈಗಾಗಲೇ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಜಾಗೊಳಿಸಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

**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:21/04/2026ರ ಸಂಜೆ 3:00 ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಈ ಕಛೇರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು. ನಂತರ ಬಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಈ ಕಛೇರಿಯ ದೂರವಾಣಿ ಸಂ:0824-2424501 ಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.

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

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

---

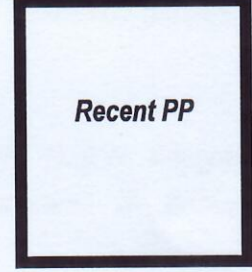
**Application for the post of**

MBBS MO

Multipurpose Worker

**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 /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- 21/04/2026 before 3-00pm.

For more information contact 0824-2424501