

नवी मुंबई महानगरपालिका  
एकात्मिक आरोग्य व कुटुंब कल्याण सोसायटी  
राष्ट्रीय शहरी आरोग्य अभियान

Annexure 'A'

स्वारस्याची अभिव्यक्ती सुचना

उमेदवारांचे नाव	विशेषतज्ञ	भेटीचे ठिकाण	अपेक्षित भेट(वार) आणि वेळ

तरी स्वारस्याची अभिव्यक्ती सुचना फॉर्म व शैक्षणिक अर्हता अनुभव कागदपत्र स्व:साक्षांकित करून नवी मुंबई महानगरपालिका मुख्यालय, आरोग्य विभाग, तिसरा मजला, सेक्टर 15 अ, भूखंड क्र. 01, पामबीच जंक्शन, बेलापूर, नवी मुंबई 400614 येथे प्रस्ताव सादर करावयाचा आहे

सही :

उमेदवारांचे पूर्ण नाव : \_\_\_\_\_

रजिस्ट्रेशन नं. : \_\_\_\_\_