



ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം
 വഞ്ചിയൂർ പി.ഒ, തിരുവനന്തപുരം, പിന് -695035
 ഫോൺ 0471 2302490 ഫാക്സ്:04712303025/20303080
ഇ-മെയിൽ :dhsKERALA.hlth@KERALA.GOV.IN
വെബ് സൈറ്റ്: www.dhs.kerala.gov.in

ആ.വ.ഡ 17332/2024/ ഇ.എസ്5

തീയതി: 27-07-2024

സർക്കുലർ

ആ.വ.ഡ-01.08.2017 മുതൽ 31.12.2022 വരെയുള്ള
 വിഷയം: ജൂനിയർ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് നേഴ്സ് ഗ്രേഡ് 1 ജീവനക്കാരുടെ സീനിയോറിറ്റി
 പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച്-

സൂചന :

ആരോഗ്യ വകുപ്പിൽ 01.08.2017 മുതൽ 31.12.2022 വരെയുള്ള ജൂനിയർ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് നേഴ്സ് ഗ്രേഡ് 1 ജീവനക്കാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നതിലേയ്ക്കായി പ്രസ്തുത കാലയളവിൽ ജൂനിയർ പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് നേഴ്സ് ഗ്രേഡ് 1 തസ്തികയിലേയ്ക്ക് സ്ഥാനക്കയറ്റം ലഭിച്ച ജീവനക്കാരുടെ സേവനവിവരങ്ങൾ നിശ്ചിത പ്രൊഫോർമയിൽ ലഭ്യമാക്കാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു. ജീവനക്കാർ ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുള്ള പ്രൊഫോർമയിൽ വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തി ,പ്രസ്തുത രേഖകളുടെ പകർപ്പുകൾ സഹിതം 05.08.2024 തീയതിക്കകം സ്ഥാപന മേധാവികൾക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ് സ്ഥാപന മേധാവികൾ പ്രസ്തുത പ്രൊഫോർമകൾ ജീവനക്കാരന്റെ സേവന പുസ്തകവുമായി ഒത്തു നോക്കി വിവരങ്ങൾ ശരിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതും, സംക്ഷിപ്ത പട്ടിക തയ്യാറാക്കി ഈ ഓഫീസിൽ ജെ.പി.എച്ച്. എൻ ഗ്രേഡ് 1 തസ്തികയിൽ ജോലി ചെയ്യുന്ന ഇക്കാലയളവിൽ സ്ഥാനക്കയറ്റം ലഭിച്ച എല്ലാജീവനക്കാരെയും ഈ പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട് എന്ന ആമുഖ കത്തോടു കൂടി ലഭിച്ച പ്രൊഫോർമകൾ അനുബന്ധ രേഖകൾ സഹിതം സേവന പുസ്തകത്തോടൊപ്പം 10.08.2024 തീയതിക്ക് മുൻപായി ബന്ധപ്പെട്ട ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസിൽ പ്രസ്തുത പ്രൊഫോർമകൾ സേവന പുസ്തകവുമായി ഒത്തു നോക്കി വിവരങ്ങൾ ശരിയാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെടേണ്ടതും, അപ്രകാരമുള്ള പരിശോധനകൾ പൂർത്തിയാക്കി ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയശേഷം ജില്ലയിൽ നിന്നുള്ള പ്രൊഫോർമകൾ

എല്ലാം സ്വരൂപിച്ച് ആവശ്യപ്പെട്ട രേഖകൾ സഹിതം 29.08.2024 തീയതിക്കകം ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്ക് തപാൽ മുഖേന സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുള്ള എക്സൽ ഷീറ്റിൽ വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തി ആയത് essectiondhs@gmail.com എന്ന ഇ-മെയിൽ വിലാസത്തിലും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

Signed by Binu S

Date: 27-07-2024 12:31:21

സീനിയർ സൂപ്രണ്ട്

ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്കു വേണ്ടി

സീകർത്താവ്

എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും

(ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ വെബ് സൈറ്റ് മുഖേന)

ബന്ധപ്പെട്ട ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ എല്ലാ കീഴ് സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും സീനിയോറിട്ടി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നതിനായി അപേക്ഷ സീകരിയ്ക്കുന്ന വിവരം ഇ-മെയിൽ മുഖാന്തിരം അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.

**PROFORMA FOR PREPARATION OF SENIORITY LIST OF
JUNIOR PUBLIC HEALTH NURSE GRADE I FOR THE PERIOD
01-08-2017 TO 31-12-2022**

I	<u>General Details</u>	
	a)	Name (in Capital)
	b)	PEN
	c)	Date of Birth
	d)	Designation
	e)	Present Station
	f)	Rank No in the Cadre of Junior Public Health Nurse Grade II
	g)	Details of Declaration of probation in the cadre of Junior Public Health Nurse Grade II(Order No. and date of effect) (Copy Should be attached)
II	<u>Details of promotion in the cadre of Junior Public Health Nurse Grade I</u>	
	a)	Order No & Date (Copy of Order should be attached)
	b)	Date of Joining duty as Junior Public Health Nurse Grade I
III	<u>Other relevant Particulars</u>	
	a)	Whether availed Inter District in the entry cadre if so;
		i) Order No & Date of DHS(Copy Should be attached)
		ii) District to which transferred
		iii) Date of joining in the new district

	b)	<i>Whether availed LWA if so,</i>	
		i) Period of LWA(from-----to)	
		ii) Sanction Order No &Date(<i>Copy Should be attached</i>)	
		iii) Date of rejoining after LWA	
IV	<i>PSC Advice & Appointment Details of JPHN Grade II</i>		
	a)	PSC Advice No & Date (<i>Copy Should be attached</i>)	
	b)	Appointment Order No & Date (<i>Copy Should be attached</i>)	
	c)	Date of joining Duty	
V	<i>Whether occurred 2nd PSC appointment if any so,</i>		
	a)	PSC Advice No & Date (<i>Copy Should be attached</i>)	
	b)	Appointment Order No & Date (<i>Copy Should be attached</i>)	
	c)	Date of Joining duty	
VI	<i>Whether appointed as Supernumerary in the cadre of JPHN Grade II if yes,</i>		
	a)	Absorption/Regularisation Order No & Date to regular post (<i>Copy Should be attached</i>)	
	b)	Date of Absorption to regular post	
VII	Any other relevant information		
VIII	Mobile No		

Date :-

Signature of incumbent

Certified that the service particulars furnished above are verified with respective service register and relevant records and found correct.

Place:-

Date:-

(Office Seal)

Signature of Head of Institution

VERIFICATION REPORT

Certified that the particulars furnished above have been verified with respective service register and relevant records and found correct.

Verified by :-

**(Name and signature of
section Clerk DMO Office)**

Signature of District Medical of Health

(Office Seal)

Date.....