गण्डकी प्रदेश प्रशिक्षण प्रतिष्ठान

गण्डकी प्रदेश

पोखरा, नेपाल

पत्र संख्या :
चलानी नं. :

मिति : २०७७।०८।२८

सेवाकालीन प्रशिक्षण सम्बन्धी सूचना

प्रथम पटक प्रकाशित मितिः २०७७।०८।२९

यस प्रतिष्ठानले चालु आ.व. २०७७/०७८को स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम अनुसार संघमा कार्यरत निजामती सेवाका रा.प.अनं. प्रथम/द्बितिय श्रेणीका कर्मचारी र प्रदेश तथा स्थानीय तहका चौथो/पाँचौ तहका कर्मचारीहरुको क्षमता विकास गर्ने उद्धेश्यले "३५ कार्यदिने कार्यालय सञ्चालन तथा व्यवस्थापन विषयक सेवाकालीन प्रशिक्षण कार्यक्रम" सञ्चालन गर्न गइरहेको हुँदा इच्छुक स्थायी कर्मचारीहरुले सेवाकालीन प्रशिक्षण प्रशिक्षार्थीको मनोनयन फाराम भरी हाल बहाल रहेको पदको नियुक्ति र पदस्थापन पत्रको छायाँ प्रति एवम् सम्बन्धित कार्यालयको सिफारिस पत्र समेत संलग्न राखि यो सूचना प्रकाशित भएको मितिले ७ दिन भित्र कार्यालय समयमा यस प्रतिष्ठानमा आइपुग्ने गरी वा उक्त मिति र समयावधि भित्र प्रतिष्ठानको इमेल ठेगानाः academy.gandaki@gmail.com मा प्राप्त हुने गरी पठाउनु हुन यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ ।

पुनश्चः

१. छनौटमा परेका कर्मचारीहरुलाई प्रशिक्षण हुने मिति बारे प्रतिष्ठानबाट पछि जानकारी गराइनेछ ।
२. जेष्ठताको आधारमा सहभागी छनौट गरी प्रतिष्ठानको वेभसाइट www.gpta.org.np मा प्रकाशन गरिनेछ ।

(दामोदर सुवेदी)
उप सचिव

व्यवहारमा परिवर्तन, कार्यसम्पादनमा सुधार

फोन नं. : +९७७-६१-५२१०८० / ५२०१४६
E-mail: academy.gandaki@gmail.com

फोटो

सेवाकालीन तालिम
सहभागी मनोनयन फारम

कर्मचारीको व्यक्तिगत विवरण				
कर्मचारीको नाम थर:				कर्मचारी संकेत नम्बर :-
जन्म मिति:			सम्पर्क नं:	
मोबाइल नम्बर:			ईमेल:	
स्थायी ठेगाना:				
शैक्षिक योग्यता:				
तपाई शारिरिक रूपमा अशक्त हुनुहुन्छ ?	☐ छु ☐ छैन (यदि हुनुहुन्छ भने कस्तो प्रकारको शारिरिक अशक्तता हो, खुलाउनुहोस्...........................			
तपाई आफुलाइ कुन समुहमा राख्नुहुन्छ ?				
☐ आदिवासी जनजाती ☐ दलित ☐ ब्राम्हण ☐ क्षेत्री ☐ मधेशी ☐ मुसलमान ☐ अन्य.....................				
पेशागत विवरण				
पद:	श्रेणी/तह:	सेवा:	समुह:	
कार्यालयको नाम र ठेगाना:				
कार्यालयको फोन नं.:			कार्यालयको इमेल:	
शुरू नियुक्ति मिति:			पद:	
वर्तमान पदमा पदोन्नति/नियुक्ति भएको मिति:				
प्रशिक्षण सम्बन्धी विवरण:				
वर्तमान पदमा यस भन्दा पहिला तालिम लिएको ☐ छ ☐ छैन				
लिएको भए:				

क्र.सं.	तालिमको नाम	तालिम सञ्चालन गर्ने संस्थाको नाम, ठेगाना	अवधी
१.			
२.			
हाल सिफारिस गरिएको तालिमको नाम:			
अवधी:			

मनोनित कर्मचारीको

सही:

मिति:

सिफारिस गर्ने कार्यालय प्रमुखको

सही:

नाम:

कार्यालयको छाप