

भारत सरकार  
GOVT. OF INDIA  
LADY READING HEALTH SCHOOL,  
लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल

सं 15-1/2024-ले.री.हे.स्कू  
No.15-1/ 2024–LRHS.  
दूरभाष/ फैक्स 011-23613473  
Tel/Fax 011- 23613473

बाड़ा हिन्दू राव, दिल्ली  
BARA HINDU RAO, DELHI-110006  
दिनांक:  
Dated:

सेवा में  
To

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**विषय:-** जुलाई 2024 से दिसम्बर 2024 सत्र के लिए एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग (पदोन्नती प्रशिक्षण)  
**Subject:-** Promotional Training for ANM from July , 2024 to December, 2024 Session.

सर/ मैडम,

Sir/Madam,

मुझे यह कहना है की एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग का अगला सत्र **01/07/2024** से शुरू होने जा रहा है। पाठ्यक्रम का संक्षिप्त विवरण नीचे दिया गया है

I am to say that the next session for Promotional Training for ANM is scheduled to start from **01/07/2024**. The brief particular of the course are given below:

**प्रवेश का मानदंड :-** पाठ्यक्रम पाँच वर्ष के अनुभव रखने वाली महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता (ए एन एम) को उन्नति के अवसर प्रदान करने एवं बहुउद्देश्य कार्यकर्ताओं को स्वास्थ्य प्रयवेक्षक बनाने हेतु बनाया गया है ताकि इससे कार्यकर्ताओं की कमियों को दूर किया जा सके।

**Admission Criteria:-** The course is designed for providing promotional opportunities for the ANMs in service with five years experience to become Health Supervisors of Multipurpose Workers and to fill up the deficiencies existing for such personnel.

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| (A) <b>अवधि:-</b>            | पाठ्यक्रम 6 (छह) महीने की अवधि का है।   |
| <b>Duration :-</b>           | The Course is of 6 (six) months duration.   |
| (B) <b>योग्यता</b>           | i) सामान्य शिक्षा : मैट्रिकुलेशन/ दसवीं/ XII  |
| <b>Qualification</b>         | i) General Education : Matriculation/ XII   |
|                              | ii) एएनएम किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से प्रशिक्षण।  |
|                              | ii) A.N.M. Training from a recognized Institution.  |
| (C) <b>अनुभव</b>             | 15/05/2024 को एएनएम के रूप में 5 साल या उससे अधिक अनुभव   |
| <b>Experience</b>            | 5 years or more as ANM on 15/05/2024  |
| (D) <b>पात्रता</b>           | केवल सरकारी संस्था से प्रायोजित उम्मीदवार प्रशिक्षण के लिए पात्र है।  |
| <b>Eligibility</b>           | Only sponsored candidates from government institution are eligible for training   |
| (E) <b>शारीरिक स्वास्थ्य</b> | प्रवेश के समय उम्मीदवार को चिकित्सीय रूप से स्वस्थ होना अनिवार्य है।<br>(प्रशिक्षण अवधि के दौरान गर्भावस्था की अनुमति नहीं है।) नवीनतम स्वास्थ्य पमाण पत्र संलग्न करें। |

Physical Fitness	-	The candidate should be medically fit at the time of admission. (Pregnancy during training period is not allowed) (Latest medical fitness certificate to be attached)
(F) वित्तीय सहायता Financial assistant	-	केंद्रीय सरकार द्वारा कोई वित्तीय सहायता छात्रवृत्ति/वजीफा नहीं No financial assistance in the shape of Scholarship/Stipend will be paid by Central Govt.
(G) आयु सीमा Age Limit	-	55 वर्ष 15/05/2024 तक upto 55 years as on 15/05/2024
(H) चयन मापदंड Selection Criteria	-	उम्मीदवार का चयन वरिष्ठता के आधार पर किया जाएगा! The candidate will be selected on seniority basis.
(I) पंजीकरण Registration	-	उम्मीदवार को उसी प्रायोजित राज्य से पंजीकृत होना चाहिये! The candidates should be registered with the sponsoring state.

**शुल्क:** उम्मीदवार द्वारा अग्रिम में निम्नलिखित राशि देय होगी

xxvi) ट्यूशन शुल्क	:	रु. 100 /-
xxvii) क्षेत्रीयकार्य	:	रु. 100 /-
xxviii) पंजीकरणशुल्क	:	रु. 05 /-
xxix) परीक्षाशुल्क	:	रु. 15 /-
xxx) * जमानत राशि	:	रु. 500 /-

**FEES :** The following amount will be payable in advance by the candidate

i) Tuition Fee	:	Rs. 100/-
ii) Field Work	:	Rs. 100/-
iii) Registration Fee	:	Rs. 05/-
iv) Examination Fee	:	Rs. 15/-
v) * Caution Money	:	Rs. 500/-

(\* पाठ्यक्रम के पूरा होने पर वापसी योग्य), सामान के नुकसान/होनी यदि कोई हो पर प्रभार घटाने के बाद।

(\* Refundable on completion of the Course) after deducting charges on account of loss/damage of articles, if any.)

**Hostel Accommodation :-** At present due to some administrative problems the hostel facilities are not available.

**छात्रावास आवास-** वर्तमान में कुछ प्रशासनिक समस्याओं के कारण छात्रावास की सुविधा उपलब्ध नहीं है।

यह अनुरोध किया जाता है कि निर्धारित प्रपत्र पर आवेदन की अंतिम तिथि 15/05/2024 तक प्रधानाचार्या, ले. री. हे स्कूल, दिल्ली के कार्यालय में भेजे जा सकते हैं।

It is requested that applications on the PRESCRIBED FORM may please be sent latest by 15/05/2024 in the office of Principal, LRHS, Delhi.

कृपया स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की वेबसाइट /www.mohfw.nic.in पर जाएं और लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल की वेबसाइट / www.ladyreadinghealthschool.com पर जाएं ।

Please visit Ministry of Health's website /www.mohfw.nic.in. and Lady Reading Health School Website /www.ladyreadinghealthschool.com.

  
प्रधानाचार्या

Principal  
Principal Nursing Officer  
Govt. of India  
Lady Reading Health School  
Delhi-110006

भारत सरकार  
GOVERNMENT OF INDIA  
लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल बाड़ा हिन्दू राव दिल्ली 110006  
LADY READING HEALTH SCHOOL  
BARA HINDU RAO, DELHI-110006

केवल कार्यालय उपयोग के लिए  
FOR OFFICE USE ONLY

फार्म सं :  
Form No. \_\_\_\_\_  
प्राप्ति की ता रीख  
Date of receipt \_\_\_\_\_

छात्र की स्थिति : प्रायोजित/गैर-प्रायोजित  
Student Status : Sponsored/Non-sponsored

आरक्षण श्रेणी : हाँ/नहीं - अ जा /अ जंजा  
Reserved Category : Yes/No - SC/ST

शैक्षणिक योग्यता :  
Educational Qualification :

व्यवसायिक योग्यता :  
Professional Qualification :

पंजीकरण संख्या  
(राज्य उपचर्या परिषद)  
Registration Number :  
(State Nursing Council)

पेशेवर अनुभव :  
Professional Experience :

आवेदन की स्थिति : पूरा \_\_\_\_\_ अधूरा  
Application Status : Complete \_\_\_\_\_ Incomplete

पात्र : हाँ नहीं \_\_\_\_\_  
Eligible : चयनित / प्रतिकार्य / चयनित नहीं  
Yes \_\_\_\_\_ No  
Selected / Waiting / Not Selected

जांचकर्ता के हस्ताक्षर  
Signature of the Scrutinizer

आवेदन फार्म के लिए  
APPLICATION FORM FOR  
ए एन एम के लिए प्रायोगिक प्रशिक्षण के लिए प्रवेश सत्र - जुलाई, 2024 से दिसम्बर 2024.  
ADMISSION TO THE PROMOTIONAL TRAINING FOR A.N.M. SESSION  
July 2024 to December 2024.

1. नाम श्रीमती/सुश्री : \_\_\_\_\_  
(ब्लॉक अक्षरों में)
1. Name: Mrs./Miss. : \_\_\_\_\_  
(In Block Letters)
2. पति / पिता का नाम : \_\_\_\_\_
2. Husband's/Father's Name : \_\_\_\_\_
3. जन्म तिथि : तिथि माह वर्ष  
3. Date of Birth : 

--	--

--	--

--	--	--	--

  
(Proof to be attached) Date Month Year
4. विवाहित/एकल/विधवा : \_\_\_\_\_
4. Married/Single/Widow
5. क्या अ.जा /अ जंजा से संबंधित है : \_\_\_\_\_  
(सबूत संलग्न होना है)
5. Whether belongs to SC/ST : \_\_\_\_\_  
(Proof to be attached)
6. स्थाई पता/ Permanent Address : \_\_\_\_\_
7. पत्राचार के लिए पता : \_\_\_\_\_  
(पिन कोड नंबर के साथ)
7. Address for Correspondence : \_\_\_\_\_  
(with Pin code number)
8. काम करने का वर्तमान पता स्थान : \_\_\_\_\_
8. Present Address of working Place
9. टेलीफोन/मोबाईल नंबर : \_\_\_\_\_
9. Tel./Mobile Number : \_\_\_\_\_
10. ए) शैक्षणिक योग्यता/ व्यावसायिक योग्यता : \_\_\_\_\_  
बी) व्यावसायिक योग्यता : \_\_\_\_\_
10. A) Educational Qualification : \_\_\_\_\_  
B) Professional Qualification : \_\_\_\_\_

नई पासपोर्ट  
साइज़ सत्यापित  
फोटोचिपकाए  
Latest  
Attested  
Passport Size  
Photograph to  
be fixed

प्रशिक्षण का नाम Name of Training	संस्था का नाम Name of Institution	सरकारी Govt.	निजी Private	अवधि के प्रशिक्षण से लेकर Period of Training		प्राप्तांक (प्रतिशत में) %-age of marks obtained
				From	To	

11. अनुभव/Experience:-

क्र. सं. S. No.	आयोजित पद का नाम Post Held	संस्था का नाम Name of Institution	से लेकर From To		अनुभव के वर्ष साल महिना Years of Experience	
			Years	Month		

12. ए एन एम के रूप में पंजीकृत : हाँ नहीं

12. Registered as A.N.M. If yes:-अगर हाँ : YES NO

पंजीकरण परिषद का नाम : \_\_\_\_\_

Name of Registering Council : \_\_\_\_\_

पंजीकरण क्रमांक/Registration No. : \_\_\_\_\_

13. सदस्यता संख्या / Membership No of : \_\_\_\_\_

13. व्यवसायिक संगठन (टी एन ए आई) : \_\_\_\_\_

Professional Organization (TNAI) : \_\_\_\_\_

14. स्थानीय संरक्षक का नाम पता और टेलीफोन नंबर : \_\_\_\_\_

यदि कोई है तो।

14. Name, Address & Telephone No. : \_\_\_\_\_

of local guardian, if any

दिनांक

उम्मीदवार के हस्ताक्षर

Dated :

Signature of the Candidate

**NOTE:-**

- कृपया अपने शैक्षिक, व्यवसायिक,पंजीकरण और अनुभव प्रमाण पत्र की प्रमाणितप्रतियाँ संलग्न करें।  
Please enclose attested copies of your Educational, Professional, Registration and Experience Certificate.
- मेडिकल सर्टिफिकेट (मेडिकल परीक्षा फार्म)  
Medical Certificate (Medical Examination Form)
- यदि अ जा /अ जंजा श्रेणियों से संबंधित है तो जाति प्रमाणपत्र।  
Caste Certificate in case if belongs to SC/ST categories.
- आवेदन पत्र उचित चैनल के माध्यम से प्रस्तुत किया जाना चाहिए।  
Application Form should be submitted through proper channel.
- नियुक्ति पत्र आवेदन पत्रके साथ संलग्न करे।  
Appointment letter to be attached with application

**स्वास्थ्य परीक्षा फार्म**  
**MEDICAL EXAMINATION FORM**

नाम : \_\_\_\_\_ आयु : \_\_\_\_\_ वर्ष  
Name : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Years  
पता : \_\_\_\_\_  
Address : \_\_\_\_\_

पारिवारिक इतिहास किसी भी परिवार के सदस्यों को नहीं था

Family History : Have any applicant's family members had :-

- (ऊ) क्षय रोग \_\_\_\_\_  
(p) Tuberculosis \_\_\_\_\_  
(ब) मधुमेह \_\_\_\_\_  
(q) Diabetes \_\_\_\_\_  
(स) तंत्रिका या मानसिक विकार \_\_\_\_\_  
(r) Nervous or mental disorders \_\_\_\_\_

व्यक्तिगत इतिहास में आवेदक को निम्न में से किसी से भी सामना करना पड़ा यदि ऐसा है तो

Personal History : Had applicant even suffered from any of the following, if so when:-

- क) टी.बी.  
a) Tuberculosis : \_\_\_\_\_  
ख) कार्डियो रोग, अस्थमा  
b) Cardio Diseases, Asthma : \_\_\_\_\_  
ग) गेस्ट्रो आंत्र विकार  
(अपेंडिसिटीस। गैल पत्थरआदि)  
c) Gastro Intestinal disorders : \_\_\_\_\_  
(Appendiciti, Gall stone etc.)  
घ) मानसिक या घबराहट दिव्यांगता  
d) Mental or nervous disabilities : \_\_\_\_\_  
ड) गठिया  
e) Arthritis : \_\_\_\_\_  
च) रुमेटिक बुखार  
f) Rhecumetic fever : \_\_\_\_\_  
छ) मधुमेह/ Diabetes : \_\_\_\_\_  
ज) पीलिया / Jaundice : \_\_\_\_\_  
झ) टाईफाइड / Typhoid : \_\_\_\_\_

आवेदक को कब आखिरी टीकाकरण किया गया

When was the applicant last

- अ) टाईफाइड के खिलाफ टीकाकरण  
a) Inoculated against typhoid : \_\_\_\_\_  
ब) हैजा के खिलाफ टीकाकरण  
b) Immunized against Cholera : \_\_\_\_\_

शारीरिक परीक्षण  
PHYSICAL EXAMINATION

सामान्य विकास  
GENERAL DEVELOPMENT

वजन \_\_\_\_\_ ऊंचाई \_\_\_\_\_ आसन \_\_\_\_\_  
Weight \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Posture \_\_\_\_\_

त्वचा \_\_\_\_\_ खून की कमी \_\_\_\_\_  
Skin \_\_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_\_

वजन मे हाल ही मे हुआ कोई भी बदलाव  
Any recent changes in weight \_\_\_\_\_

नैदानिक परीक्षण  
Clinical Examination

1. आंखे दृष्टि दाईं आँख \_\_\_\_\_  
बाईं आँख \_\_\_\_\_  
1. Eyes \_\_\_\_\_ Sight : Right Eye \_\_\_\_\_  
Left Eye \_\_\_\_\_

2. कान सुनना  
2. Ears \_\_\_\_\_ Hearing : \_\_\_\_\_

3. दांतों की दशा  
3. Condition of teeth : \_\_\_\_\_

4. टॉन्सिल और ऐडिनॉइड  
4. Tonsils and Adenoids : \_\_\_\_\_

5. फेफड़े  
5. Lungs : \_\_\_\_\_

6. हृदय  
6. Heart : \_\_\_\_\_

7. पल्स दर रक्तचाप  
7. Pulse Rate \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_

8. उदर  
8. Abdomen  
अ) जिगर ब) हर्निया स) प्लीहा  
a) Liver \_\_\_\_\_ b) Hernia \_\_\_\_\_ c) Spleen \_\_\_\_\_

9. ग्रंथिया (टाइफाइड-कारविक)  
9. Glands (Typhoid-Cervical) : \_\_\_\_\_

10. वारीकोज नसे  
10. Varicose veins : \_\_\_\_\_

11. पैरों की असमान्यताएं  
11. Abnormalities of feet : \_\_\_\_\_

12. मूत्र विश्लेषण  
12. Urine Analysis:
- |               |                |
|---------------|----------------|
| रंग           | विशेष क्यू.आर. |
| Colour _____  | Sp. Qr. _____  |
| अलबुमिन       | शुगर           |
| Albumin _____ | Sugar _____    |
13. मामले  
13. Cases : \_\_\_\_\_
14. रक्त एच बी  
14. Blood H.B. : \_\_\_\_\_
15. कृपया बताएं  
15. Please indicate:
- (ए) माहवरी नियमित है \_\_\_\_\_  
(a) Is the menstruation regular \_\_\_\_\_
- (बी) क्या यह कार्य के साथ हस्तक्षेप करता है \_\_\_\_\_  
(b) Does it interfere with the work \_\_\_\_\_
- (सी) क्या वह गर्भवती है (शादी के मामले में) \_\_\_\_\_  
(c) Is she pregnant (in case of married) \_\_\_\_\_
16. क्या आपके लिए ज्ञात कोई भी तथ्य आवेदक के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली या पूर्ववर्ती परीक्षा में नहीं लाया गया है।  
16. Are any facts known to you not brought in the foregoing Examination affecting or likely to affect the health of the applicant.  
\_\_\_\_\_
17. टिप्पणियां, यदि कोई भी  
17. Remarks, if any \_\_\_\_\_

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of Medical Officer  
Registration No. \_\_\_\_\_

पंजीकरण क्रमांक:  
Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_