

પ્રતિ,

રજીસ્ટ્રાર શ્રી,
ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદિક એન્ડ યુનાની સિસ્ટમ ઓફ મેડીસીન,
૧ લો માળ, જૂની નર્સિંગ કોલેજ બિલ્ડીંગ, કેન્સર હોસ્પિટલ પાસે, સિવિલ હોસ્પિટલ,
અસારવા, અમદાવાદ -૩૮૦૦૧૬.
ફોન-ફેક્સ નં. : ૦૭૯-૨૨૬૮૦૪૭૩

એક પાસપોર્ટ સાઈઝનો ફોટો
અહિંયા ચોટાડવો અને
અરજદારની અડધી સહી ફોટા
પર તથા અડધી ફોર્મ ઉપર
હોવી જોઈએ.

Affix upon latest
passport size
photograph here and
applicant must sign
across it.

વિષય : પ્રેક્ટીશ તથા સરનામાની તપાસ તથા આઈડેન્ટિ કાર્ડ (ઓળખપત્ર) બાબત.

મે. સાહેબ,

જ્ય ભારત સાથે ઉપરોક્ત વિષય બાબતે આપના તા_____ નાં પત્રથી માહિતી હું નીચે પ્રમાણે જણાવું છું.

રજીસ્ટ્રેશન નંબર : _____ સનદ નંબર : _____ લાયકાત નો પ્રકાર (Qualification) _____

પુરૂ નામ	અટક	નામ	પિતા/પતિનું નામ	
ગુજરાતી				
અંગ્રેજી				
વ્યવસાય	સર્વિસ	પ્રેક્ટીશ	કંઈ નહી	અન્ય
નિવાસ સ્થાનનું સરનામું :		ફોન:		
ગુજરાતી				
અંગ્રેજી		ફોન:		
વ્યવસાયનું સરનામું:		ફોન:		

આ સાથે ચાર રંગીન ફોટા મોકલી આપેલ છે. તથા આઈડેન્ટિ કાર્ડની (ઓળખપત્ર) ફી નાં રૂા. ૫૦૦/- અલગ ડ્રાફ્ટ/ રૂબરૂ મોકલી આપેલ છે.
ઉપર ની બધી જ માહિતી મારી જાણ મુજબ સાચી છે.(મની ઓર્ડર સ્વીકારવામાં આવશે નહીં.)

તારીખ :

આપનો વિશ્વાસુ,

સ્થળ :

નમુનાની સહી

નમુનાની સહી

Signature Should be done in presence
of 1st / 2nd Class Gazetted officer and
the same should be attested in the
space below.

નમુનાની સહી

નમુનાની સહી

નોંધ : નમુનાની સહી ઉપરોક્ત ચોરસ ખાનાની બહાર જવી ના જોઈએ. ફોર્મ ભરીને મોકલો ત્યારે ફોર્મ સાથે ફોટા કવરમાં છુટા ન મુકવા, ફોર્મ સાથે વ્યવસ્થિત સ્ટેપ્લર મારી મોકલવા.

(ડ્રાફ્ટ, રજીસ્ટ્રાર શ્રી, ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદિક એન્ડ યુનાની સિસ્ટમ ઓફ મેડીસીનનાં નામનો
નેશનલાઈઝ બેંકનો, પેયેબલ ટુઅમદાવાદ બાંન્ય નામથી સ્વીકારવામાં આવશે.)