

# राज्य प्रशिक्षण धोरण, २०११ : प्रशिक्षणार्थी माहिती प्रपत्र

१. विभागीय/जिल्हा

प्रशासकीय प्रशिक्षण संस्थेचे नाव :

२. प्रशिक्षण कार्यक्रमाचे नाव :

३. प्रशिक्षण कालावधी :

NAME नाव	TITLE डॉ./श्री/श्रीमती	SURNAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME

सध्याचे पदनाम	
कार्यालयाचे नाव	
कार्यालयाचे पत्ता	
कार्यालयाचे जिल्हा	

*GENDER लिंग	MALE पुरुष	<input type="checkbox"/>	FEMALE स्त्री	<input type="checkbox"/>	DATE OF BIRTH जन्म दिनांक	DD दिनांक	MM महिना	YYYY वर्ष
-----------------	---------------	--------------------------	------------------	--------------------------	------------------------------	-----------	----------	-----------

*GOVERNMENT GROUP शासकीय वर्ग	GROUP 'A' वर्ग 'अ'	<input type="checkbox"/>	GROUP 'B' वर्ग 'ब'	<input type="checkbox"/>	GROUP 'C' वर्ग 'क'	<input type="checkbox"/>	GROUP 'D' वर्ग 'ड'	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

OFFICE LANDLINE कार्यालयाचा फोन नं.	
MOBILE NO मोबाईल नं. (स्वतःचा)	
E-MAIL ID ई-मेल (स्वतःचा)	

*EDUCATIONAL QUALIFICATION शैक्षणिक पात्रता	Non SSC	SSC	HSC	GRADUATE	MASTERS	DOCTORATE

CATEGORY वर्गवारी	SC एससी	ST एसटी	VJ व्हीजे	NT (B) एनटी- बी	NT (C) एनटी-सी	NT (D) एनटी-डी	SBC एसबीसी	OBC ओबीसी	MINORITY अल्पसंख्यांक	GENERAL सर्वसाधारण

*RELIGIOUS CATEGORY धार्मिक वर्गवारी	Are you a member of Minority Group (Muslim, Christian, Bouddha, Sikh, Parsi, Jain) आपण जर अल्पसंख्यांक पैकी असाल तर (मुस्लिम, ख्रिश्चन, बुध्द, शिख, पारसी, जैन) No नाही <input type="checkbox"/> Yes होय <input type="checkbox"/>									
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ARRIVAL DATE प्रशिक्षणाला आल्याची दिनांक	DD दिनांक	MM महिना	YYYY वर्ष	TIME वेळ		AM/ PM
---	-----------	----------	-----------	----------	--	--------

* RESIDENCE AT DURING TRAINING IF YES, PLEASE SPECIFY प्रशिक्षण कालावधीत संस्थेमध्ये वास्तव्य असल्यास	YES होय		NO नाही
	Room NO रूम नं.		

NOTE: \* (✓) CHECK WHEREVER APPLICABLE लागू असलेल्या ठिकाणी अशी (✓) खूण करा

DATE OF JOINING OF SERVICE शासकीय सेवेत रुजू दिनांक	DD दिनांक	MM महिना	YYYY वर्ष
--	-----------	----------	-----------

Signature of Participant प्रशिक्षणार्थीची स्वाक्षरी

Date/दिनांक : / /

Signature of Course Director सत्र संचालकाची स्वाक्षरी