

Sample Application Post Basic Nursing (PBN)



छत्तीसगढ़ व्यावसायिक परीक्षा मण्डल

CHHATTISGARH VYAVSAYIK PARIKSHA MANDAL

Application Form for Post Basic Nursing(PBN) Entrance Examination 2025

Important Instructions (महत्वपूर्ण निर्देश)

- ऑनलाइन आवेदन के साथ अभ्यर्थी की जाति, जन्मतिथि, स्थानीय निवासी, शैक्षणिक योग्यता आदि सम्बंधी प्रमाण-पत्र नहीं लिए जा रहे हैं। अभ्यर्थी के सभी प्रमाण-पत्र का परीक्षण काउन्सलिंग के दौरान की जाएगी। अभ्यर्थी द्वारा दी गई गलत जानकारी के लिए व्यापम जवाबदार नहीं होगा। इसका संपूर्ण उत्तरदायित्व अभ्यर्थी का स्वयं का होगा।
- आवेदन में हुई त्रुटि को फार्म जमा करने के लिए निर्धारित समय-सीमा के अवधि में सुधार अभ्यर्थी द्वारा ही किया जा सकेगा। इसके अलावा ऑनलाइन फार्म भरने की अंतिम तिथि के पश्चात् भी 03 दिवस का अतिरिक्त समय दिया गया है।
- आवेदन पत्र को सफलता पूर्वक सबमिट करने के बाद कृपया इसका प्रिंट आउट अपने पास अनिवार्य रूप से रखें।
- आवेदन भरने के पूर्व विभाग द्वारा जारी प्रवेश सम्बंधी नियमों को ध्यान से पढ़ें तथा पात्र होने पर ही आवेदन करें।

Exam Pre-requisite

Are you a citizen of India?(क्या आप भारत के नागरिक हैं)*

- Yes (हाँ)
 No(नहीं)

क्या आप पोस्ट बेसिक नर्सिंग पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु अपेक्षित शैक्षणिक अर्हताएं रखते हैं?*

- Yes(हाँ)
 No(नहीं)

Do you belong to minority (क्या आप अल्पसंख्यक हैं)*

- Yes (हाँ)
 No(नहीं)

Select Minority Type-(अल्पसंख्यक प्रकार का चयन करें)*

--Select--

Are you an employee of Health Department(क्या आप स्वास्थ्य विभाग के कर्मचारी हैं)*

- Yes (हाँ)
 No(नहीं)

Submit

Cancel

Basic Information / मूलभूत जानकारी

Candidate's Name / उम्मीदवार का नाम

BHARTI

Father's Name / पिता का नाम *

NANDKISHORE

Mother's Name / माता का नाम

NIRMALA

Gender / लिंग

Female

Date of Birth / जन्म की तारीख

01-Jan-1980

Category / वर्ग

GENERAL

Domicile of Chhatisgarh / छत्तीसगढ़ के निवासी

Yes

District Domicile

Raipur

Payable Amount / भुगतान राशि

0

Uploads / अपलोड



Other Information / अन्य जानकारी

Marital Status / वैवाहिक स्थिति

Unmarried

Nationality / नागरिकता

Indian

Email ID / ईमेल

Mobile No / मोबाइल नंबर

Present Address / वर्तमान पता

House No / मकान नंबर

HOUSE NO A/175

Street / स्ट्रीट

GANDHI ROAD MAHAVEER NAGAR

City/Village / शहर / गांव

RAIPUR

State / राज्य

Chhattisgarh

District / जिला

Raipur

Pin Code / पिनकोड

492001

Class, Type of Disability / श्रेणी, दिव्यांगता का प्रकार

Person With Disabilities / क्या आप दिव्यांग है?

Yes

Type of Disability / दिव्यांगता का प्रकार

5(a)-One Leg-एक पैर से दिव्यांग

PWD Certificate No. / जिला मेडिकल बोर्ड द्वारा जारी दिव्यांगता प्रमाण पत्र क्रमांक

220121

PWD Certificate Issue Date / जिला मेडिकल बोर्ड द्वारा जारी दिव्यांगता प्रमाण पत्र का दिनांक

08-Mar-2025

Class /श्रेणी

Sanik Varg (S)

Select Preferred Examination District / वांछनीय जिले का चयन करें

Exam City *

Declaration / घोषणा

Declaration / घोषणा *

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि, मेरे द्वारा ऑनलाइन आवेदन पत्र में स्वयं के नाम, श्रेणी, वर्ग, शैक्षणिक योग्यता, जन्मतिथि, डाक पता एवं अन्य दी गई सूचना मेरी जानकारी एवं विश्वास में सही है, जिसके सत्यतापूर्वक और सही होने की मैं घोषणा करता/करती हूँ। मैंने विभाग द्वारा जारी विज्ञापन में दर्शित नियमों एवं व्यापम के परीक्षा निर्देश को पढ़ा है एवं समझा है। यदि ऊपर दी गई कोई भी जानकारी असत्य पायी जाती है तो प्रवेश प्रक्रिया के किसी भी स्तर पर मुझे पूर्व सूचना दिये बिना मेरी अभ्यर्थिता समाप्त की जा सकती है। I do hereby declare, that the information related to my Name, Category, Gender, Qualification, Date of Birth, Address and all other information given above are correct and I truthfully declare it to be correct. I have gone through the rules and other information related to the exam notified by the department and CGVyapam and understood the same. If any information given above is found to be incorrect at any stage, my candidature may summarily be terminated without any prior notice or information to me.

I Agree (मैं सहमत हूँ)

Captcha / कृपया कैप्चा को दर्ज करें *

bBTDZE



Submit

Cancel