



सांस्कृतिक स्रोत एवं प्रशिक्षण केन्द्र (सीसीआरटी)

CENTRE FOR CULTURAL RESOURCES AND TRAINING (CCRT)

सेक्टर-7, प्लॉट नं. 15-ए, द्वारका, नई दिल्ली /15A, Sector-7, Dwarka, New Delhi-110075

दूरभाष/Telephone : (011)-25309300/Ext. 324/325

ई-मेल/E-mail: wksp.ccr@nic.in, वेबसाइट/Website: www.ccrindia.gov.in

आवेदन पत्र 'विद्यालयी शिक्षा में संग्रहालयों की भूमिका' पर कार्यशाला

Application Form of Workshop on 'Role of Museums in School Education'

कृपया सुनिश्चित करें कि/ **KINDLY ENSURE:**

- आवेदक द्वारा विवरण बड़े अक्षरों में भरा जाना चाहिए।
Particulars to be filled in **BLOCK LETTERS** by the applicant.
- सभी विवरण ठीक से भरे गए हैं और फॉर्म में संबंधित संस्थान के प्राचार्य और संबंधित जिला शिक्षा अधिकारी/स्कूल निरीक्षक/शिक्षा निदेशक/संबंधित अधिकारी की सिफारिश के साथ-साथ संबंधित शिक्षक/शिक्षक प्रशिक्षक के हस्ताक्षर भी हैं।
All the particulars have been filled in properly, and the form has the signatures of the teacher/teacher educator concerned along with the recommendations of both - the Principal of the concerned institution and concerned District Education Officer/Inspector of School/ Director of Education/Concerned Officer/Authority.

1. नाम सुश्री/श्रीमती/श्री Name Ms./Mrs./Mr. _____
2. पद/Designation _____
3. जन्म तिथि/Date of Birth _____
(कृपया जन्मतिथि का प्रमाण संलग्न करें/Please attach proof of Date of Birth)
4. योग्यता एवं शिक्षण अनुभव/Qualifications & Teaching Experience _____
5. लिंग: पुरुष/महिला/Gender: Male/Female
6. श्रेणी: एससी/एसटी/ओबीसी/सामान्य/Category: SC/ST/OBC/General
7. क्या दिव्यांग व्यक्ति हैं/Whether specially challenged हां/नहीं Yes/No
यदि हां, तो कृपया निर्दिष्ट करें/ If yes, please specify: _____
- 8.

कृपया विभागाध्यक्ष द्वारा विधिवत प्रमाणित हालिया पासपोर्ट आकार की तस्वीर यहाँ चिपकाएं संस्थान/स्कूल
Please affix recent passport size photograph here duly attested by Head of the Institution/School

संस्थान/स्कूल का नाम और पता /Name and Address of the Institution/School:	आवासीय पता/Residential Address:
स्थान/Place:	स्थान/Place:
तालुक/Taluq :	तालुक/Taluq:
डाकघर/AT/PO:	डाकघर/AT/PO:
जिला/Dist.:	जिला/Dist.:
राज्य/संघ राज्य क्षेत्र/State/UT: PIN:	राज्य/संघ राज्य क्षेत्र/State/UT: PIN:
फोन नं. एसटीडी कोड समेत/Phone No. with STD Code:	फोन नं. एसटीडी कोड समेत/Phone No. with STD Code:
मोबाइल नं./Mobile Phone No.	मोबाइल नं./Mobile Phone No.
ईमेल/E-mail ID:	ईमेल/E-mail ID:

9. विद्यालय का प्रकार/Type of School: सरकारी/सरकारी सहायता प्राप्त/पब्लिक/निजी Government/Govt. Aided/Public/Private

10. क्या आपका विद्यालय ग्रामीण/शहरी/आदिवासी क्षेत्र से है/Whether your school is from Rural/Urban/Tribal area
(कृपया (√) निशान लगाएं) (Please Put (√) Mark)

11. (अ) भाषाएँ, जिन्हें आप पढ़, लिख और बोल सकते हैं/ (a) Languages, which you can read, write & speak :

1. _____ 2. _____ 3. _____

(ब) अंग्रेजी का कार्यसाधक ज्ञान/ (b) Working Knowledge of English: (कृपया (√) निशान लगाएं)(Please Put (√) Mark)

अच्छा
GOOD

औसत
AVERAGE

खराब
POOR

11. विषय (ओं) एवं पाठ्यक्रम स्तर/कक्षाएँ जिन्हें आप पढ़ाते हैं/Subject (s) and Course level/Class (es) that you teach:

विषय (ओं)/Subject (s)	कक्षा/कक्षाएँ Class (es)	विषय (ओं)/Subject (s)	कक्षा/कक्षाएँ/Class (es)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

12. आपके विद्यालय/संस्थान में शिक्षण/निर्देश का माध्यम (भाषा)/
Medium of teaching/instructions in your school/institution (Language): _____

13. कृपया आपके विद्यालय/संस्था में उपलब्ध दृश्य-श्रव्य सहायक एवं उपकरण का उल्लेख करें।
Please mention the Audio-Visual Aid(s) and Equipment(s) available in your school/institution.

14. क्या आपने सीसीआरटी द्वारा आयोजित किसी प्रशिक्षण कार्यक्रम में भाग लिया है - यदि हाँ, तो कृपया उल्लेख करें।
Have you attended any training programme(s) organized by the CCRT – if so, please mention.

- (अ) प्रशिक्षण कार्यक्रम का नाम/Name of the training programme(s) :
(ब) स्थान (प्रशिक्षण कार्यक्रम का स्थान)/ Place (Venue of the Training Programme(s) :
(स) दिनांक/अवधि/ Date/Duration :

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि ऊपर भरे गए सभी विवरण सही हैं और कोई भी गलत जानकारी देने के लिए मुझे जिम्मेदार ठहराया जा सकता है।
I certify that all the particulars filled in above are correct and I can be held responsible for furnishing any wrong information.

आवदेक के हस्ताक्षर/Signature of the Applicant _____
नाम/Name : _____
पद/Designation: _____
संघ शासित प्रदेश/राज्य/U.T./State* _____
तिथि/Date : _____

*जो लागू न हो, काट दे/*Strike off, whichever is not applicable.

महत्वपूर्ण: इस फॉर्म को चयन के लिए तब तक विचार नहीं किया जाएगा जब तक कि निम्नलिखित दोनों संबंधित अग्रेशन प्राधिकारियों द्वारा इसे अग्रेषित नहीं किया जाता है।

Important : This form will not be considered for selection unless forwarded by both the following concerned forwarding authorities.

डी.ई.ओ./स्कूल निरीक्षक/शिक्षा निदेशक/संबंधित अधिकारी के हस्ताक्षर/Signature of D.E.O./Inspector of School/ Director of Edn./Concerned Officer/ Authority :	प्रधानाध्यापक/प्रधानाचार्य के हस्ताक्षर/Signature of the Headmaster/ Principal:
नाम/Name	नाम/Name
पद/Designation	
मुहर/Seal	मुहर/Seal
एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन नं. (कार्यलय)/Telephone no.(O) with STD Code:	एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन नं.(कार्यलय)/Telephone no.(O) with STD Code:
टेलीफोन नं.(आवास) एसटीडी कोड के साथ/Tel .No. (R) with STD Code:	टेलीफोन नं.(आवास) एसटीडी कोड के साथ /Tel. No. (R) with STD Code:
मोबाइल नं./Mobile Phone No.	मोबाइल नं./Mobile Phone No.
ईमेल/E-mail ID	ईमेल/E-mail ID

यदि मुहरे क्षेत्रीय भाषा में हैं, तो कृपया चयन की प्रक्रिया में देरी से बचने के लिए प्रायोजक प्राधिकारी का नाम और पदनाम हिंदी या अंग्रेजी में निर्दिष्ट करें।

In case the seal(s) are in regional language, kindly specify the name and designation of the sponsoring authority in Hindi or English to avoid delay in the process of selection.