

No.15-10/2025-LRHS  
GOVERNMENT OF INDIA  
LADY READING HEALTH SCHOOL

BARA HINDU RAO, DELHI-110006  
Dated the, 15<sup>th</sup> April, 2025

To

✓ The Nursing Advisor  
Dte. GHS, (Nursing Division)  
Ministry of Health & F.W.,  
(Nursing Section)  
Nirman Bhawan,  
New Delhi.

*SO (N)*

*62/23/4/25  
Mo. Gained*

Subject :- Admission Notice /Advertisement for admission in Promotional Training for ANMs batch July, 2025 to December, 2025 – reg.

Sir,

It is to inform you that selection for admission in Promotional Training Course for ANM for the next batch i.e. July, 2025 to December, 2025 is due in May, 2025. In the selection committee meeting, it has been decided that admission Notice/ Advertisement should be given on the website of the Ministry of Health and Family Welfare and Lady Reading Health School. The material to be uploaded, is in the Ministry's website and Lady Reading Health School is enclosed.

It is requested that this material may kindly be got it uploaded on the Ministry's website both in English and Hindi.

Yours faithfully,

Encl as above:

*Geeta Malik*  
(Mrs. Geeta Malik)  
Principal Nursing Officer  
Principal Nursing Officer  
Govt. of India  
Lady Reading Health School  
Delhi-110006

Copy to :-

1. The Deputy Director, Dte. GHS, (Nursing Division), Nirman Bhawan, New Delhi
2. The ADG (Nursing), Dte. GHS, (Nursing Division), Nirman Bhawan, New Delhi

*22/4/25*  
*23/4/25*



(Mrs. Geeta Malik)  
Principal Nursing Officer

*Nursing Adv. (DCK)*



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

सं 15-10/2025-ले.री.हे.स्कू  
No.15-10/2025-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 2025 से दिसम्बर 2025 सत्र के लिए एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग (पदोन्नती प्रशिक्षण)  
**Subject:-** Promotional Training for ANM from July , 2025 to December, 2025 Session.

सर/ मैडम,

Sir/Madam,

मुझे यह कहना है की एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग का अगला सत्र **01/07/2025** 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 **01/07/2025**. 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><br><b>Duration :-</b> | पाठ्यक्रम 6 (छह) महीने की अवधि का है।<br>The Course is of 6 (six) months duration.  |
| (B) | योग्यता<br>Qualification            | - i) सामान्य शिक्षा : मैट्रिकुलेशन/ दसवीं/ XII<br>- i) General Education : Matriculation/ XII<br>- ii) एएनएम किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से प्रशिक्षण।<br>- ii) A.N.M. Training from a recognized Institution. |
| (C) | अनुभव<br>Experience                 | - <b>15/05/2025</b> को एएनएम के रूप में 5 साल या उससे अधिक अनुभव<br>- 5 years or more as ANM on <b>15/05/2025</b>   |
| (D) | पात्रता<br>Eligibility              | - केवल सरकारी संस्था से प्रायोजित उम्मीदवार प्रशिक्षण के लिए पात्र हैं।<br>- Only sponsored candidates from government institution are eligible for training  |
| (E) | शारीरिक स्वास्थ्य                   | 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 <b>15/05/2025</b> तक upto 55 years as on <b>15/05/2025</b>
(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	:	₹. 100 /-
xxvii)	क्षेत्रीयकार्य	:	₹. 100 /-
xxviii)	पंजीकरणशुल्क	:	₹. 05 /-
xxix)	परीक्षाशुल्क	:	₹. 15 /-
xxx)	* जमानत राशि	:	₹. 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 **15/05/2025** 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 **15/05/2025** 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 Nursing Officer  
 Principal  
 Govt. of India  
 Lady Reading Health School  
 Delhi-110006

फार्म सं  
Form No. \_\_\_\_\_

आवेदन फार्म के लिए

APPLICATION FORM FOR

ए एन एम के लिए प्रायोगिक प्रशिक्षण के लिए प्रवेश सत्र - जुलाई, 2025 से दिसम्बर 2025.  
ADMISSION TO THE PROMOTIONAL TRAINING FOR A.N.M. SESSION  
July 2025 to December 2025.

1.	नाम श्रीमती/सुश्री (ब्लॉक अक्षरों में)	:	_____	नई पासपोर्ट साइज़ सत्यापित फोटोचिपकाए
1.	Name: Mrs./Miss. (In Block Letters)	:	_____	
2	पति / पिता का नाम	:	_____	Latest Attested Passport Size Photograph to be fixed
2.	Husband's/Father's Name	:	_____	
3.	जन्म तिथि	:	तिथि    माह    वर्ष	
3.	Date of Birth (Proof to be attached)	:	<input type="text"/>	
			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.	स्थायी 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	:	_____	

Cont..2

-:2:-

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 From	लेकर 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

Dated :

उम्मीदवार के हस्ताक्षर

Signature of the Candidate

**NOTE:-**

- कृपया अपने शैक्षिक, व्यवसायिक, पंजीकरण और अनुभव प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रतियाँ 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 करें।  
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 मे आवेदक को निम्न मे 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        |
| 1.  | Eyes _____                | Sight :              | बाईं आँख        |
|     |                           |                      | Right Eye _____ |
|     |                           |                      | Left Eye _____  |
| 2.  | कान                       | सुनना                |                 |
| 2.  | Ears _____                | Hearing :            | _____           |
| 3.  | दांतों की दशा             |                      |                 |
| 3.  | Condition of teeth        | :                    | _____           |
| 4.  | टोंसिल 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

Colour \_\_\_\_\_

अलबुमिन

Albumin \_\_\_\_\_

विशेष क्यू .आर.

Sp. Qr. \_\_\_\_\_

शुगर

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_