Email.id – ladyreadinghealthschool@gmail.com

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

सं 15-10/2026-ले.री.हे.स्कू
No.15-10/ 2026–LRHS.
दूरभाष/ फैक्स 011-23613473
Tel/Fax 011- 23613473

बाड़ा हिन्दू राव, दिल्ली
BARA HINDU RAO, DELHI-110006
दिनांक:
Dated:

सेवा मै
To

_____

_____

_____

विषय:- जुलाई 2026 से दिसम्बर 2026 सत्र के लिए एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग (पदोन्नती प्रशिक्षण)
Subject:- Promotional Training for ANM from **July , 2026 to December, 2026** Session.

सर/ मैडम,

Sir/Madam,

मुझे यह कहना है की एएनएम के लिए प्रमोशनल ट्रेनिंग का अगला सत्र **01/07/2026** 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 **01/07/2026**. 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 बहुउदेश्य कार्यकर्ताओ को स्वास्थ्य प्रयवेक्षक बनाने हेतु बनाया गया है ताकि इससे कार्यकर्ताओ 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)	**अवधि:-** **Duration :-**		पाठ्यक्रम 6 (छह) महीने की अवधि का है। The Course is of 6 (six) months duration.
(B)	योग्यता Qualification	- -	i) सामान्य शिक्षा : मैट्रिकुलेशन/ दसवीं/ XII i) General Education : Matriculation/ XII ii)एएनएम किसी मान्यता प्राप्त संस्थान से प्रशिक्षण। ii) A.N.M. Training from a recognized Institution.
(C)	अनुभव Experience	- -	15/05/2026 को एएनएम के रूप में 5 साल या उससे अधिक अनुभव 5 years or more as ANM on 15/05/2026
(D)	पात्रता Eligibility	- -	केवल सरकारी संस्था से प्रायोजित उम्मीदवार प्रशिक्षण के लिए पात्र है। Only sponsored candidates from government institution are eligible for training
(E)	शारीरिक स्वास्थ्य Physical Fitness	 -	प्रवेश के समय उम्मीदवार को चिकित्सीय रूप से स्वस्थ होना अनिवार्यहै। (प्रशिक्षण अवधि के दौरान गर्भावस्था की अनुमति नहीं है।) नवीनतम स्वास्थ्य पमाण पत्र संलग्न करे! 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 छात्रवृति/वजीफा नही No financial assistance in the shape of Scholarship/Stipend will be paid by Central Govt.
(G)	आयु सीमा Age Limit	- -	55 वर्ष **15/05/2026** तक upto 55 years as on **15/05/2026**

(H)	चयम मापदंड	-	उम्मीदवार का चयन वरिष्ठता के आधार पर किया जाएगा!
	Selection Criteria	-	The candidate will be selected on seniority basis.
(I)	पंजीकरण	-	उम्मीदवार को उसी प्रायोजित राज्य से पंजीकृत होना चाहिये!
	Registration	-	The candidates should be registered with the sponsoring state.

शुल्क: उम्मीदवार द्वारा अग्रिम में निम्नलिखित राशि देय होगी

i) ट्यूशन शुल्क	:	रु. 100 / -
ii) क्षेत्रीयकार्य	:	रु. 100 / -
iii) पंजीकरणशुल्क	:	रु. 05 / -
iv) परीक्षाशुल्क	:	रु. 15 / -
v) * जमानत राशि	:	रु. 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 समस्याओ के कारण छात्रावास की सुविधा उपलध नहीं है।

यह अनुरोध किया जाता है कि निर्धारित प्रपत्र पर आवेदन की अंतिम तिथि **15/05/2026** 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 **15/05/2026** 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 जाए।
Please visit Ministry of Health's website /www.mohfw.nic.in. and Lady Reading Health School Website /www.ladyreadinghealthschool.com.

Head of the Office & DDO
Lady Reading Health School

Head of Office (HoO)
Drawing & Disbursing Officer (DDO)
Govt. of India
Lady Reading Health School
Bara Hindu Rao, Delhi-110006

भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA
लेडी रीडिंग हेल्थ स्कूल बाड़ा हिन्दू राव दिल्ली 110006
LADY READING HEALTH SCHOOL
BARA HINDU RAO, DELHI-110006

केवल कार्यालय उपयोग के लिए
FOR OFFICE USE ONLY

फार्म सं :
Form No. _____
प्राप्ति की ता रीख
Date of receipt _____

छात्र की स्थिति Student Status	:	प्रायोजित/गैर-प्रायोजित Sponsored/Non-sponsored
आरक्षण श्रेणी Reserved Category	:	हाँ/नहीं -अ जा /अ जंजा Yes/No - SC/ST
शैक्षणिक योग्यता Educational Qualification	:	
व्यवसायिक योग्यता Professional Qualification	:	
पंजीकरण संख्या (राज्य उपचर्या परिषद) Registration Number (State Nursing Council)	:	
पेशेवर अनुभव Professional Experience	:	
उम्र Age	:	
आवेदन की स्थिति Application Status	:	पूरा _____ अधूरा Complete _____ Incomplete
पात्र Eligible	:	हाँ नहीं_____ चयनित / प्रतिक्षार्थ / चयनित नहीं Yes _____ No Selected / Waiting / Not Selected

जांचकर्ता के हस्ताक्षर
Signature of the Scrutinizer

फार्म सं
Form No. _____

आवेदन फार्म के लिए
APPLICATION FORM FOR
ए एन एम के लिए प्रायोगिक प्रशिक्षण के लिए प्रवेश सत्र - जुलाई, 2026 से दिसम्बर 2026.
ADMISSION TO THE PROMOTIONAL TRAINING FOR A.N.M. SESSION
July 2026 to December 2026

1.	नाम श्रीमती/सुश्री (ब्लॉक अक्षरों में) : _____ Name: Mrs./Miss. (In Block Letters) : _____	नई पासपोर्ट साइज़ सत्यापित फोटोचिपकाए Latest Attested Passport Size Photograph to be fixed
2	पति / पिता का नाम : _____ Husband's/Father's Name : _____	
3.	जन्म तिथि : तिथि माह वर्ष Date of Birth : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Proof to be attached) Date Month Year	
4.	विवाहित/एकल/विधवा : _____ Married/Single/Widow	
5.	क्या अ.जा /अ जंजा से संबंधित है : _____ (सबूत संलग्न होना है) Whether belongs to SC/ST : _____ (Proof to be attached)	
6.	स्थाई पता/ Permanent Address : _____	
7.	पत्राचार के लिए पता : _____ (पिन कोड नंबर के साथ) Address for Correspondence : _____ (with Pin code number)	
8.	काम करने का वर्तमान पता स्थान : _____ Present Address of working Place	
9.	टेलीफोन/मोबाईल नंबर और ईमेल : _____ Tel./Mobile Number and Email : _____ _____	
10.	ए) शैक्षणिक योग्यता/ व्यावसायिक योग्यता : _____ बी) व्यावसायिक योग्यता : _____ A) Educational Qualification : _____ B) Professional Qualification : _____	

Cont..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 From To	प्राप्तांक (प्रतिशत में) %-age of marks obtained

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 मे पँजीकृत : हाँ नहीं
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 : _____
व्यवसायिक संगठन (टी एन ए आई)
Professional Organization (TNAI) : _____

14. स्थानीय संरक्षक का नाम पता और टेलीफोन नंबर : _____
यदि कोई है तो।
Name, Address & Telephone No. : _____
of local guardian, if any

दिनांक
Dated :

उम्मीदवार के हस्ताक्षर
Signature of the Candidate

NOTE:-

1. कृपया अपने शैक्षिक, व्यवसायिक,पंजीकरण और अनुभव प्रमाण पत्र की प्रमाणितप्रतियाँ संलग्न करें।
Please enclose attested copies of your Educational, Professional, Registration and Experience Certificate.
2. मेडिकल सर्टिफिकेट (मेडिकल परीक्षा फार्म
Medical Certificate (Medical Examination Form)
3. यदि अ जा /अ जंजा/पिछड़ा वर्ग श्रेणियों से संबंधित है तो जाति प्रमाणपत्र।
Caste Certificate in case if belongs to SC/ST/OBC categories.
4. आवेदन पत्र उचित चेनल के माध्यम से प्रस्तुत किया जाना चाहिए।
Application Form should be submitted through proper channel.
5 नियुक्ति पत्र आवेदन पत्रके साथ संलग्न करे!
Appointment letter to be attached with application

स्वास्थय परीक्षा फार्म
MEDICAL EXAMINATION FORM

नाम
Name : _____ आयु Age: _____ वर्ष Years

पता
Address : _____

_____

पारिवारिक इतिहास किसी भी परिवार के सदस्यों को नहीं था
Family History : Have any applicant's family members had :-

(a) क्षय रोग
Tuberculosis _____

(b) मधुमेह
Diabetes _____

(c) तंत्रिका या मानसिक विकार
Nervous or mental disorders _____

व्यक्तिगत इतिहास मे आवेदक को निम्न मे से किसी से भी सामना करना पड़ायदि ऐसा है तो
Personal History :Had applicant even suffered from any of the following, if so when:-

क) टी.बी.
Tuberculosis : _____

ख) कार्डियो रोग, अस्थमा
Cardio Diseases, Asthma : _____

ग) गेस्ट्रो आंत्र विकार
(अपेंडिसिटीस। गैल पत्थरआदि)
Gastro Intestinal disorders
(Appendiciti,Gall stone etc.) : _____

घ) मानसिक या घबराहट दिव्यांगता
Mental or nervous disabilities : _____

ड) गठिया
Arthritis : _____

च) रुमेटिक बुखार
Rhcumetic 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
Inoculated against typhoid : _____

ब हैजा के खिलाफ टीकाकरण
Immunized against Cholera : _____

शारीरिक परीक्षण
PHYSICAL EXAMINATION

सामान्य विकास
GENERAL DEVELOPMENT

वजन
Weight _____ ऊंचाई
Height _____ आसन
Posture _____

त्वचा
Skin _____ खून की कमी
Anemia _____

वजन मे हाल ही मे हुआ कोई भी बदलाव
Any recent changes in weight _____

नैदानिक परीक्षण
Clinical Examination

1. आंखे
Eyes_____ दृष्टि
Sight : दाईं आँख
Right Eye _____
बाईं आँख
Left Eye _____

2. कान
Ears _____ सुनना
Hearing : _____

3. दांतों की दशा
Condition of teeth : _____

4. टोंसिल और ऐडिनॉइड
Tonsils and Adenoids : _____

5. फेफड़े
Lungs : _____

6. हृदय
Heart : _____

7. पल्स दर
Pulse Rate _____ रक्तचाप
Blood Pressure _____

8. उदर
Abdomen
अ) जिगर
a) Liver _____ ब) हर्निया
b) Hernia _____ स) प्लीहा
c) Spleen _____

9. ग्रंथिया (टाईफाइड-कारविक)
Glands (Typhoid-Cervical) : _____

10. वारीकोज नसे
Varicose veins : _____

11. पैरों की असमान्यताएं
Abnormalities of feet : _____

12. मूत्र विश्लेषण
Urine Analysis:
रंग विशेष क्यू .आर.

Colour_____ Sp. Qr. _____
अलबुमिन शुगर
Albumin _____ Sugar _____

13. मामले
Cases : _____

14. रक्त एच बी
Blood H.B. : _____

15. कृपया बताएं
Please indicate:
(ए) माहवरी नियमित है
Is the menstruation regular _____
(बी) क्या यह कार्य के साथ हस्तक्षेप करता है
Does it interfere with the work _____
(सी) क्या वह गर्भवती है (शादी के मामले में)
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 मे नहीं लाया गया है।
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
Remarks, if any _____

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer
Registration No._____

पंजीकरण क्रमांक:
Address _____

_____