



भारतीय रिजर्व बैंक
RESERVE BANK OF INDIA

कृषि बैंकिंग महाविद्यालय
COLLEGE OF AGRICULTURAL BANKING



नामांकन फार्म/NOMINATION FORM

* सभी फ़ील्ड अनिवार्य हैं। कृपया कोई भी फ़ील्ड न छोड़ें।

All the fields are mandatory. Please do not omit any field.

क्र सं		विवरण /DETAILS	जानकारी/INFORMATION
1.		संस्थान का नाम Name of the Institution	:
		Tier of UCB (II/III/IV)*	
2.		संस्थान का जीएसटी नंबर GST Number of the institute	:
3.		बैंक/संस्था समूह ब्रोशर/एल के अनुसार Bank / Institution Group (as per Brochure/AL)	:
4.		शाखा का नाम और पता Branch Name and Address	:
5.		शाखा का संपर्क नंबर Contact Number of Branch	:
6.		संस्थान का ईमेल पता Email address of Institute	:
7.		संपर्क व्यक्ति का विवरण Details of Contact Person	
i.		नाम/Name	:
ii.		पिन कोड सहित पूरा पता Full Address with Pin Code	:
iii.		मोबाइल नंबर / लैंडलाइन नंबर Mobile No. / Landline No.	:
iv.		मेल पता Email Address	:
8.		कार्यक्रम का नाम Name of the Workshop	:
9.		कार्यक्रम की तिथियाँ Dates of the Workshop	:
10.		कार्यक्रम की अवधि Duration of the Workshop	:
11.		नामांकित अधिकारी का विवरण Details of Nominated Officer	
i.		नाम/Name	:
ii.		लिंग/उम्र/Gender / Age	: Gender: Age:
iii.		पद का नाम/Designation	:
iv.		मोबाइल नंबर/Mobile No	:
v		मेल पता/ Email address	:
vi		विकलांग व्यक्ति (पीडब्ल्यूडी)(हां /नहीं) Persons with disability (PWD) (Yes / No)	:



12. कार्य अनुभव/Work Experience		
i.	वर्तमान कार्य विवरण/Present Job Description	:
ii.	प्रासंगिक क्षेत्र में अनुभव/Experience in relevant field	: Years: Months:
iii.	क्या अधिकारी ने सीएबी, पुणे या किसी अन्य संस्थान में इसी तरह के कार्यक्रम में भाग लिया है। (हाँ / नहीं) Whether Officer has attended similar workshop in CAB, Pune or any other Institution? (Yes / No)	:
13.	घोषणा पत्र के अनुसार लागू शुल्क का विवरण/ Details of Fees Applicable as per the Announcement Letter	
i.	कृपया निर्दिष्ट करें कि क्या आपको आवासीय सुविधा की आवश्यकता है (हाँ/नहीं) (इन-कैंपस कार्यक्रम के लिए लागू) Please specify if you need Residential Facility (Yes / No) (Applicable for in-campus workshop)	:
ii.	राशि ₹ में/Amount in ₹. (fees applicable)	:
14.	कृपया शुल्क वापसी के लिए बैंक विवरण प्रदान करें (कार्यक्रम स्थगित/रद्द होने की स्थिति में) Please provide the Bank details for refund of fees (In case of postponement / cancellation of workshop)	
i.	खाता संख्या (जिसमें राशि वापस की जानी है) Account Number (to which amount to be refunded)	:
ii.	आईएफएससी कोड IFSC Code	:
iii.	खाता नाम (जिससे यह खाता संबंधित हो।) Account Name (to whom this account belongs)	:
iv.	बैंक का नाम जिसमें यह खाता चल रहा है। Name of the Bank in which this account is operating	:
v.	शाखा का नाम और पता जिसमें यह खाता चल रहा है। Branch Name and Address in which this account is operating	:
vi.	खाताधारक का संपर्क नाम/मोबाइल नंबर Contact Name / Mobile No. of the account holder	:

बैंक/संस्था के हस्ताक्षर/मुद्रांक / Signature/Stamp of Bank/Institutions



प्रतिभागी द्वारा भरा जाने वाला फॉर्म/Form to be filled up by the participant
स्वास्थ्य स्थिति रिपोर्ट (एचएसआर)/Health Status Report (HSR)

क्रसं/ SR. NO	विवरण /DETAILS	जानकारी/INFORMATION
1.	प्रतिभागी का नाम श्री/श्रीमती/कुमारी/सुश्री Name of the participant Shri/ Smt / Kum / Ms	:
2.	जन्म की तारीख/Date of Birth	:
3.	ब्लड ग्रुप/Blood Group	:
4.	चिकित्सा इतिहास © - बीमारी यदि कोई हो जैसे मधुमेह, उच्च रक्तचाप, धमनियों में रुकावट, तपेदिक आदि। Medical History © - ailment if any such as Diabetes, hypertension, Blockages of arteries, Tuberculosis etc.	:
5.	हृदय रोग, मधुमेह या किसी अन्य बड़ी सर्जरी के लिए पिछले दो महीनों के दौरान अस्पताल में भर्ती होने का विवरण Details of hospitalization if any during last two months for heart ailment, diabetes or any other major surgery	:
6.	आपातकालीन स्थिति में संपर्क नं Contact No in case of emergency	:

A. यदि नामित अधिकारी को हृदय रोग, उच्च रक्तचाप, मधुमेह आदि जैसी कोई चिकित्सीय बीमारी है तो उसे
अपने साथ वैध प्रिस्क्रिप्शन रखना चाहिए।

Nominee officer should carry with him valid prescription if he/she is having any medical
ailment like heart disease, hypertension, diabetic etc.

B. नामांकित अधिकारी के पास कार्यक्रम की अवधि तक लंबे समय तक चलने के लिए दवाओं का पर्याप्त
स्टॉक होना चाहिए।

Nominee officer should have adequate stock of medicines to last long for the duration of the
workshop



कृपया ध्यान दें /Please Note:

यह जानकारी सीएबी के साथ साझा की जानी चाहिए ताकि सीएबी किसी भी चिकित्सा आपात स्थिति/आवश्यकता के मामले में निपटने में सक्षम हो सके।

This information needs to be shared with CAB to enable CAB to deal with any medical emergency / in case of need

* स्पष्ट घोषणा का पालन किए बिना नामांकन स्वीकार नहीं किया जाएगा।

The nomination will not be accepted without following explicit declaration.

घोषणा पत्र/Undertaking:

मैं एतद्वारा वचन देता हूं कि चिकित्सा आपातकाल के मामले में, चिकित्सा व्यय नामित अधिकारी या प्रायोजक संगठन द्वारा वहन किया जाएगा।

I hereby undertake that in case of medical emergency, medical expenditure will be borne by the Nominee officer or the sponsoring organization.

(प्रतिभागी के हस्ताक्षर/Signature of the participant)