



ગુજરાત રાજ્ય વન વિકાસ નિગમ લી.

વનગંગા ૭૮, અલકાપુરી, વડોદરા-૭  
CIN: U02005GJ1976SGC002927

૦૨૬૫-૨૩૧૨૮૨૦/ ૨૩૫૫૨૯૨ Email : [gsfdcltd@gmail.com](mailto:gsfdcltd@gmail.com)

### જોઈએ છે. આર્યુવૈદિક ડોક્ટર/ફાર્માસીસ્ટ

નિગમના આર્યુવૈદિક ઔષધોનું ઉત્પાદન કરતું ધનવંતરી એકમ માટે નવા ઉત્પાદનો તૈયાર કરવા, વેચાણ કેન્દ્રો મારફતે પ્રચાર, ગ્રાહકોને સમજ આપવા વિગેરે માટે નિગમ ધ્વારા ઈચ્છા ધરાવતા આર્યુવૈદિક ડોક્ટર/ફાર્માસીસ્ટ પાસેથી અરજીઓ મંગાવવામાં આવે છે, વધુ વિગત નિગમની વેબસાઈટ [www.gsfdcltd.co.in](http://www.gsfdcltd.co.in) પર ઉપલબ્ધ છે. અરજીઓ નિગમના ઉપરોક્ત સરનામે તા.૦૨/૦૬/૨૦૨૩ સુધીમાં મોકલી આપવાની રહેશે.

23 /BRC/2023

મેનેજીંગ ડાયરેક્ટર

**APPLICATION FOR THE POST OF AYURVEDIC PHARMACIST / DOCTOR**

Paste Passport  
size Colour  
Photograph

1.	Name in full :					
	a.	Sex: (Male / Female)				
	b.	Marital Status: (Married /Single)				
	c.	Mother Tongue:				
2.	Address : (Correspondence) :					
	Address (Permanent) :					
3	Place of Birth:					
3A.	Date of Birth: (Attach School Leaving Certificate/ Birth Certificate):		Age:	DOB:		
			(As on 01/06/23)			
4.	Whether SC/ST/Gen/SEBC/Other Reserved Backward Class( <b>Attach copy of Certificate if other than GEN</b> )					
5.	Email Address :					
6.	Phone / Mobile No.					
7.	<b><u>Qualification (Attach copy of Certificates)</u></b>					
		<b><u>Degree</u></b>	<b><u>Year of Passing</u></b>	<b><u>Percentage / Grade obtained</u></b>		
	a.					
	b.					
	c.					
8.	<b><u>Post qualification experience details (Attach Certificates)</u></b>					
	Name of the Company/Office	Whether PSE / Public Ltd / Pvt Ltd / Semi-Govt. Deptt.	Period served		No. of years served	Other details of experience
			From	To		
1						
2						
3						
4						
5						

9.	Details regarding computer knowledge (attach certificate)			
10.	Languages Known (Tick) :			
		<b>Read</b>	<b>Write</b>	<b>Speak</b>
	GUJARATI			
	HINDI			
	ENGLISH			
11.	Reference:			
(i)	1. Name of Person:			
	2. Designation:			
	3. Company/Institute/Proprietary:			
	4. Period of Reference : From _____ to _____			
	5. Remarks:			
(ii)	1. Name of Person:			
	2. Designation:			
	3. Company/Institute/Proprietary:			
	4. Period of Reference : From _____ to _____			
	5. Remarks:			

This is to certify that above information provided by me is correct and as per my best knowledge, if found false, my candidature is liable to be rejected.

Date: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_ (Signature)

**NOTE: Additional sheets may be enclosed, if required.**