डॉ अमित सेनगुप्ता स्वास्थ्य अधिकार फ़ेलोशिप: आवेदन फॉर्म

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | पहला नाम |
|  |  |
| 2 | उप नाम |
|  |  |
| 3 | लिंग (पुरुष / महिला / ट्रांसजेंडर) |
|  |  |
| 4 | जन्म तिथि (तिथि / माह / वर्ष) |
|  |  |
| 5 | पत्र-व्यवहार का पता/निवास-स्थान |
|  |  |
| 6 | ईमेल |
|  |  |
| 7 | शैक्षिक योग्यता |
|  |  |
| 8 | व्यवसाय |
|  |  |
| 9 | संस्था / संगठन / स्वतंत्र |
|  |  |

|  |
| --- |
| 10) स्वास्थ्य सक्रियता पर पिछला और वर्तमान अनुभव (आप किन स्वास्थ्य समस्याओं पर काम कर रहे हैं) |
|  |

|  |
| --- |
| 11) प्रकाशन यदि कोई हो (लेख / शोध अध्ययन आदि) |
|  |

|  |
| --- |
| 12) आप फ़ेलोशिप का इस्तेमाल किस काम में करना चाहते हैं?  क्यों? आप किस बदलाव की उम्मीद करते हैं? |
|  |