

District Health & Family
Welfare Office,
Udupi District,
Ajjarakadu, Udupi – 576101
e-mail :dhoudupi-hfws@karnataka.gov.in

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ



ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ

ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿ ಕಛೇರಿ,

ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ

ಅಜ್ಜರಕಾಡು, ಉಡುಪಿ – 576101.

Ph No: 0820-2985429/2536650

No: DHO/UDUPI/KABHI/2026-27

Date: 06.05.2026

ರಿಗೆ,

ಮಾನ್ಯ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು,
ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ.

ಮಾನ್ಯರೇ,

ವಿಷಯ:-ಕಛೇರಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಖಾಲಿ ಇರುವ **Speech Therapist** ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡುವ ವಿವರವನ್ನು Udupi.nic.inನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಮೇಲಿನ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 2026-2027ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಕಛೇರಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಖಾಲಿಯಿರುವ **Speech Therapist** ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡುವ ವಿವರವನ್ನು Udupi.nic.inನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲು ತಮ್ಮಲ್ಲಿ ಕೋರಿದೆ. ಪ್ರಕಟಣೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಈ ಪತ್ರದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ.

ವಂದನೆಗಳೊಂದಿಗೆ,

(ಡಾ. ಬಸವರಾಜ ಜಿ. ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ)
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ ಅಧಿಕಾರಿ,
ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ.



No: DHO/UDUPI/KABHI/6/2026-27

Date: 06.05.2026

ಪ್ರಕಟಣೆ

2026-27ನೇ ಸಾಲಿನಲ್ಲಿ ಕಛೇರಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಖಾಲಿಯಿರುವ Speech Therapist ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ಗುತ್ತಿಗೆ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡಲು ಅರ್ಹ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳಿಂದ ದಿನಾಂಕ:-08.05.2026 ರಿಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಸಕ್ತ ಅಭ್ಯರ್ಥಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಗಾಗಿ Udupi.nic.in ನಲ್ಲಿ ಪಡೆದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿರುವ ಆಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ ದಿನಾಂಕ:-18.05.2026 ಸಂಜೆ 4:00 ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿಯ ಜಿಲ್ಲಾ NON Communicable Disease Office (DNCDO) ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು. ನಂತರ ಬಂದ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

Annexure --2

S.no	Designation	Revised salary	No. of posts	Qualification
1	Speech Therapist	30,000	01	Bachelor in audiology and speech language pathology.

ದಿನಾಂಕ:-22.05.2026ರಂದು ಅಪರಾಹ್ನ 03.00 ಗಂಟೆಗೆ ನೇರ ಸಂದರ್ಶನ (Walk-in-interview) ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ. ನೇರ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾಗುವಾಗ ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹಾಗೂ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಯೊಂದಿಗೆ ಹಾಜರಾಗುವುದು ತಪ್ಪಿದಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:-8050235086ನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.

(ಡಾ. ಬಸವರಾಜ ಜಿ. ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ)

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ ಅಧಿಕಾರಿ,

ಉಡುಪಿ ಜಿಲ್ಲೆ.

**NATIONAL HEALTH MISSION
DISTRICT HEALTH & F.W. SOCIETY ®, UDUPI**

APPLICATION FOR THE POST OF _____

I. Contact Information:

1. Full Name:
2. Address for Communication:

PASSPORT SIZE
PHOTO

3. Contact Number :
4. E-mail Address(compulsory):

II. Personal Information:

1. Date of Birth (*Attach Document*):
2. Gender:
3. Religion:
4. Caste category (*Attach Valid Certificate*) :
5. Rural Candidate : Yes No
(If Yes, Attach Document)
6. Physically Handicap : Yes No
(If Yes, Attach Document)

III. Educational Qualification:

1. _____ (*SSLC/10th Attach Marks Card and relevant Document*)
2. _____ (*PUC/12th Attach Marks Card and relevant Document*)
3. _____ (*Educational Qualification required for the Post, Attach Marks Card and relevant Document*)

IV. Internship Completion/Degree Certificate: (Only for Specialists/MBBS /AYUSH Doctors)

V. Registration Certificates: (KMC/KNC/Para Medical Board/ KAUP/Other)

VI. Experience Certificate: (*Attach Valid Certificate If Any*)

I hereby declare that the above mentioned information is correct to the best of my knowledge and belief.

Date:

Place:

Name & Signature of Applicant