



تصویر  
(پاسپورٹ سائز)  
نیلے ہیک گراؤنڈ کے ساتھ  
6 ماہ سے زیادہ پرانی نہ ہو

آسامی کا نام	پے اسکیل
رول نمبر (صرف دفتری استعمال کے لیے)	امتحانی مرکز

مستقل پتے سے قریب ٹیسٹ سینٹر منتخب کرنے کی وجہ لکھیں:

نام	جنس	مرد	عورت	مذہب	مسلم	غیر مسلم
والد کا نام	غیر مسلم ہونے کی صورت میں مذہب					
تاریخ پیدائش	سال	مہینہ	دن	شناختی کارڈ نمبر	-	
عمر	سال:	مہینہ:	دن:	صوبہ	ضلع	ذات
عمر کی حد میں رعایت	مسلم افواج	15 سال	سرکاری ملازم	10 سال	ملازمت کے دوران فوت	5 سال
	آرمی، نیوی، ایئر فورس	3 سال	شہداء، دوران ملازمت وفات پانے والے ASF کے عملہ کی بیوہ اور بچے رجسٹریشن فیس سے مستثنیٰ ہوں گے۔ شہادت / وفات کا سرٹیفکیٹ فارم لہذا کے ہمراہ لف کریں۔	اقلمیت	3 سال	صوبائی
ڈاک کا پتہ						
مستقل پتہ						
رابطہ نمبر	1	2	ای میل			

**EDUCATIONAL QUALIFICATION** تعلیمی قابلیت

تعلیمی قابلیت (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)	میٹرک	10 <sup>th</sup>	انٹر میڈیٹ	12 <sup>th</sup>	گریجویٹیشن	14 <sup>th</sup>	ماسٹرز	16 <sup>th</sup>	ایم ایس / ایم فل	16+
تعلیم	شعبہ	حاصل کردہ نمبر	کل نمبر	گریڈ / ڈویژن / GPA	سیشن	بورڈ / یونیورسٹی				
میٹرک										
انٹر میڈیٹ										
گریجویٹیشن										
ماسٹرز										
ایم ایس / ایم فل										

**PROFESSIONAL QUALIFICATION** پیشہ ورانہ تعلیم

ڈپلومہ / سرٹیفکیٹ	حاصل کردہ نمبر	کل نمبر	گریڈ / ڈویژن / GPA	دورانیہ	سیشن	ادارہ / بورڈ / یونیورسٹی

**EXPERIENCE** تجربہ

محکمہ / ادارہ	عہدہ	پے اسکیل	سروس نمبر	دورانیہ	از	تا	سروس کی حیثیت
							حاضر سروس <input type="checkbox"/> برخواست شدہ <input type="checkbox"/> ریٹائرڈ <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/>
							حاضر سروس <input type="checkbox"/> برخواست شدہ <input type="checkbox"/> ریٹائرڈ <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/>

اقرار نامہ: میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ رجسٹریشن فارم میں دی گئی معلومات بالکل درست ہیں، اس میں کوئی غلط بیانی نہیں کی گئی اور میں اشتہار میں دی گئی مطلوبہ معیار / قابلیت پر پورا اترتا / اترتی ہوں۔ میں اس بات کی بھی تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ میں کسی سول یا فوجی عدالت سے سزا یافتہ نہیں ہوں۔ مزید برآں میں کسی بھی موذی مرض مثلاً ذیابیطس، عارضہ قلب، پسیپائٹس، بلڈ پریشر وغیرہ میں مبتلا نہیں ہوں۔

دستخط امیدوار:

تاریخ:

فارم ہذا میں مکمل کوائف کا اندراج کرنے کے بعد مندرجہ ذیل پتے پر بھجوائیں:

پتہ: میسرز، انٹیریئر ٹیسٹنگ سروسز (ITS)، گلبرگ پیلس، 4<sup>th</sup> فلور، MPCHS، سیکٹر 3/11-E مرکز، اسلام آباد فون نمبر: 051-4441235

تصویر  
(پاسپورٹ سائز)  
ٹیلیفون گراؤنڈ کے ساتھ  
۱۶ سے زیادہ پرانی نہ ہو

آسامی کا نام	پے سکیل	
رول نمبر	امتحانی مرکز	دفتری استعمال کے لیے

تمام مرد و خواتین امیدوار، امتحانی فیس جمع کروا کر درخواست فارم کو ٹیسٹنگ ایجنسی کے پتے پر بذریعہ ڈاک / کوریئر بھجوانے کے بعد، فزیکل / میڈیکل ٹیسٹ کے لئے اسی دن یا اگلے دن اپنے قریبی بھرتی مرکز پر تشریف لائیں۔ چالان فارم (امیدوار کی کاپی)، اصل قومی شناختی کارڈ، ڈاک رسید اور سلیپ ہڈائیں کو انف کانسٹرکشن کے اپنے ہمراہ لائیں۔

فزیکل ٹیسٹ کے لیے صبح 5:45 بجے اور میڈیکل ٹیسٹ کے لیے صبح 7:45 بجے رپورٹ کریں۔

دفتری استعمال کے لیے																نام
ٹیسٹ	وقت	تاریخ	ٹیسٹ													والد کا نام
			جسمانی													شناختی کارڈ نمبر
			طبی													رابطہ نمبر
			تحریری													

**جسمانی امتحان (دفتری استعمال کیلئے)**

سٹ اپس (دو منٹ میں)			پش اپس (دو منٹ میں)			ڈوڑ (ایک میل)		
دستخط	مارکس	تعداد	دستخط	مارکس	تعداد	دستخط	مارکس	وقت (سیکنڈز-منٹ)
	<input type="checkbox"/> 05	20 یا زیادہ		<input type="checkbox"/> 05	20 یا زیادہ		<input type="checkbox"/> 10	06:30 تک
	<input type="checkbox"/> 04	18 تک		<input type="checkbox"/> 04	18 تک		<input type="checkbox"/> 09	06:45 تک
	<input type="checkbox"/> 03	16 تک		<input type="checkbox"/> 03	16 تک		<input type="checkbox"/> 08	07:00 تک
	<input type="checkbox"/> 02	14 تک		<input type="checkbox"/> 02	14 تک		<input type="checkbox"/> 07	07:15 تک
	<input type="checkbox"/> 01	12 تک		<input type="checkbox"/> 01	12 تک		<input type="checkbox"/> 06	07:30 تک
	<input type="checkbox"/> صفر	12 سے کم		<input type="checkbox"/> صفر	12 سے کم		فیل	07:30 سے زیادہ
انچارج کاریک و نام:			انچارج کاریک و نام:			انچارج کاریک و نام:		

جسمانی امتحان کا نتیجہ		پاس	فیل	کیفیت
جسمانی امتحان کے انچارج کے دستخط		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
فورس نمبر: _____		انچارج ریکورڈ منٹ سینٹر کے دستخط و مہر		
نام: _____				

**بنیادی طبی موزونیت کا امتحان (صرف دفتری استعمال کیلئے)**

قد	فٹ	انچ	وزن	کلو گرام	نظر (بینائی)	بائیں آنکھ	دائیں آنکھ
چھائی کی پیمائش (مرد امیدوار)		—	انچ	انچ	کا معائنہ	بائیں آنکھ	دائیں آنکھ
اگر کوئی امیدوار نیچے دیئے گئے جسمانی نقائص / امراض میں مبتلا پایا جاتا ہے تو میڈیکل آفیسر اُسے غیر موزوں قرار دے گا۔							
بھینگا پن	<input type="checkbox"/>	گوٹا پن	<input type="checkbox"/>	حد سے کم قد	<input type="checkbox"/>	غیر معمولی فشارِ خون	<input type="checkbox"/>
رنگ ناشناسی	<input type="checkbox"/>	بہرا پن	<input type="checkbox"/>	دمہ	<input type="checkbox"/>	جلنے کا واضح نشان یا جلدی الرجی	<input type="checkbox"/>
حد سے زیادہ فریب	<input type="checkbox"/>	لنگڑاپن	<input type="checkbox"/>	چھٹاپا	<input type="checkbox"/>	کوئی دماغی خرابی	<input type="checkbox"/>
خاتون امیدوار کا حاملہ ہونا	<input type="checkbox"/>	بھلاہٹ	<input type="checkbox"/>	قطع عضو	<input type="checkbox"/>	یا کوئی دوسری بد نمائی	<input type="checkbox"/>
بنیادی طبی امتحان کا نتیجہ		موزوں	<input type="checkbox"/>	غیر موزوں	<input type="checkbox"/>	کیفیت	
میڈیکل آفیسر کے دستخط و مہر				انچارج ریکورڈ منٹ سینٹر کے دستخط و مہر			



**Interior Testing Service (ITS)**  
**ITS Copy**

(\* Please deposit fee at any HBL Bank Ltd online branch)

Branch Code \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Branch Name \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> HBL	
Remote Branch	Online Branchless Nation Wide
Account Title	Interior Testing Services
Account #	50127000567255

<input type="checkbox"/> MCB	
Remote Branch	Online Branchless Nation Wide
Account Title	Interior Testing Services
Account #	0919404181005959

**Note:** Desired Bank stamp is required on the deposit slip.

Applicant Name	
Father Name	
CNIC #/Form B #	
Applied For	
Domicile/ District	
Address	
Mobile #	
Qualification:	
Depositer CNIC#	

Test Fee	Rs 177/-
Bank Charges	
Deposit Amount	Rs 177/-

Amount in Figures \_\_\_\_\_

Amount in Words \_\_\_\_\_

Applicant Signature \_\_\_\_\_ Cashier \_\_\_\_\_

Project ID: ASF-001

This fee is non-Refundable non - Transferable



**Interior Testing Service (ITS)**  
**Applicant Copy (For Physical Test)**

(\* Please deposit fee at any HBL Bank Ltd online branch)

Branch Code \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Branch Name \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> HBL	
Remote Branch	Online Branchless Nation Wide
Account Title	Interior Testing Services
Account #	50127000567255

<input type="checkbox"/> MCB	
Remote Branch	Online Branchless Nation Wide
Account Title	Interior Testing Services
Account #	0919404181005959

**Note:** Desired Bank stamp is required on the deposit slip.

Applicant Name	
Father Name	
CNIC #/Form B #	
Applied For	
Domicile/ District	
Address	
Mobile #	
Qualification:	
Depositer CNIC#	

Test Fee	Rs 177/-
Bank Charges	
Deposit Amount	Rs 177/-

Amount in Figures \_\_\_\_\_

Amount in Words \_\_\_\_\_

Applicant Signature \_\_\_\_\_ Cashier \_\_\_\_\_

Project ID: ASF-001

This fee is non-Refundable non - Transferable



**Interior Testing Service (ITS)**  
**Bank Copy**

(\* Please deposit fee at any HBL Bank Ltd online branch)

Branch Code \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Branch Name \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> HBL	
Remote Branch	Online Branchless Nation Wide
Account Title	Interior Testing Services
Account #	50127000567255

<input type="checkbox"/> MCB	
Remote Branch	Online Branchless Nation Wide
Account Title	Interior Testing Services
Account #	0919404181005959

**Note:** Desired Bank stamp is required on the deposit slip.

Applicant Name	
Father Name	
CNIC #/Form B #	
Applied For	
Domicile/ District	
Address	
Mobile #	
Qualification:	
Depositer CNIC#	

Test Fee	Rs 177/-
Bank Charges	
Deposit Amount	Rs 177/-

Amount in Figures \_\_\_\_\_

Amount in Words \_\_\_\_\_

Applicant Signature \_\_\_\_\_ Cashier \_\_\_\_\_

Project ID: ASF-001

This fee is non-Refundable non - Transferable