



تصویر (پاپسپورٹ سائز) نیلے بیک گراونڈ کے ساتھ 6 ماہ سے زیادہ یا اپنی نہ ہو

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

مستقل پرستہ سے قریب ٹیکٹ سینئر منتخب نہ کرنے کی وجہ لکھیں:

<input type="checkbox"/> مسلم	<input type="checkbox"/> غیر مسلم	ذہب	<input type="checkbox"/> جنس	مرد	<input type="checkbox"/> عورت										نام	
			غیر مسلم ہونے کی صورت میں ذہب												والد کا نام	
-						-			شناختی کارڈ نمبر			دن	مہینہ	سال	تاریخ پیدائش	
ذات			فرقہ			ضلع			صوبہ			دو میساگل	دن:	مہینہ:	سال:	عمر
																عمر کی حد میں رعایت
																مسلح افواج
																آری، نبیو، ایر فورس 15 سال
																سرکاری ملازم 10 سال
																شدہ ملازم کی بیوہ / اولاد 5 سال
																اقلیت 3 سال
																ملازمت کے دوران فوت 5 سال
																صومبائی
																سندھ، دہلی، بلوچستان، گلگت بلتستان / قابلہ، آزاد جموں کشمیر 3 سال
شہداء، دوران ملازمت وفات پانے والے ASF کے عملہ کی بیوہ اور بچے رجسٹریشن فیس سے مستثنی ہوں گے۔ شہادت / وفات کا سرٹیفیکیٹ فارم ہذا کے ہمراہ لف کریں۔															ڈاک کا پتہ	
															ستقل پتہ	
															رباط نمبر	
ای میل															2	1

EDUCATIONAL QUALIFICATION

PROFESSIONAL QUALIFICATION

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

EXPERIENCE

اقرار نامہ: میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ رجسٹریشن فارم میں دی گئی معلومات بالکل درست ہیں، اس میں کوئی غلط بیان نہیں کی گئی اور میں اشتہار میں دی گئی مطلوبہ معیار / قابلیت پر پورا اترتتا / اُنٹی 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 زیابیس، عارضہ قلب، یپاٹاٹس، بلڈ پریشر وغیرہ میں متلا نہیں ہوں۔

و سخن امدادوار:

تاریخ:

فارم بذا میں مکمل کو اکف کا اندر راج کرنے کے بعد مندرجہ ذیل پتے پر بھجوائیں:

پیتہ: میسرز، انٹر پر ٹیسٹنگ سروسز (ITS)، گلبرگ پیلس، 4th فلور، MPCHS، سکھر 3/11-E مرکز، اسلام آباد فون نمبر: 051-4441235

میڈیکل و فزیکل ٹیسٹ سلپ

ایئر پورٹ سیکیورٹی فورس پاکستان



تصویر (پاسپورٹ سائز)	
نیل پک گروہ کے ساتھ 6 ماہ سے زیادہ پرانی نہ ہو	

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

تمام مردوخواتین امیدوار، امتحانی فیصلہ جمع کردا کہ درخواست قائم کوئی ٹیسٹ ایجنسی کے پتہ پر بذریعہ ڈاک / اکوریز بھجوانے کے بعد، فزیکل / میڈیکل ٹیسٹ کے لئے اُسی دن یا اُسکے دن اپنے قریبی بھرتی مرکز پر تشریف لاں۔ چالان قائم (امیدوار کی کاپی)، اصل قوی شناختی کارڈ، ڈاک رسید اور سلپ بڑائیں کو اکف کا اندرج کر کے اپنے ہمراہ لائیں۔ فزیکل ٹیسٹ کے لیے صبح 5:45 بجے اور میڈیکل ٹیسٹ کے لیے صبح 7:45 بجے رپورٹ کریں۔

نام	رابطہ نمبر	شناختی کارڈ نمبر	جسمانی	تاریخ	وقت	شفت

جسمانی امتحان (دفتری استعمال کیلئے)

وقت (سینکنڈ- منٹ) میں	دوڑ (ایک میل) میں	پُش اپس (دو منٹ میں)	سٹ اپس (دو منٹ میں)
مارکس	مارکس	مارکس	تعداد
دستخط	دستخط	دستخط	دستخط
<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 10	20 یا زیادہ	یا زیادہ 20
<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 09	18 تک	18 تک
<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 08	16 تک	16 تک
<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 07	14 تک	14 تک
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 06	12 تک	12 تک
<input type="checkbox"/> صفر	فیل	کم سے 12 کم	12 سے کم

انچارج کاریک و نام:

انچارج کاریک و نام:

انچارج کاریک و نام:

جسمانی امتحان کا نتیجہ	پاس	فیل	کیفیت	دستخط	تعداد	مارکس	وقت (سینکنڈ- منٹ) میں

جسمانی امتحان کے انچارج کے دستخط

فورس نمبر: _____ ریک:

نام:

انچارج رکیرو ٹیکنیک سینٹر کے دستخط و مہر

بنیادی طبی موزوںیت کا امتحان (صرف دفتری استعمال کیلئے)

قد	فٹ	انج	وزن	انج	لکوگرام	نظر (بینائی)	بائیک کے ساتھ	بائیک کے بغیر
چھاتی کی پیاس (مرد امیدوار)	خاتون امیدوار کا حاملہ ہوتا	-	-	-	داسی آنکھ	داسی آنکھ	کامائنے	کامائنے

اگر کوئی امیدوار نیچے دیئے گئے جسمانی تقاضے امراض میں بنتلا پایا جاتا ہے تو میڈیکل آفیسر اسے غیر موزوں قرار دے گا۔

بھیگنا پن	بہرا پن	لگڑا پن	ہکلاہٹ	غیر موزوں	کیفیت	غیر معمولی فشارِ خون	حد سے کم تر	حد سے کم تر	دمنہ	چچڑا پا	قطع عضو
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											

انچارج رکیرو ٹیکنیک سینٹر کے دستخط و مہر

میڈیکل آفیسر 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	<input checked="" 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 89/-

Bank Charges _____

Deposit Amount Rs 89/-

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	<input checked="" 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 89/-

Bank Charges _____

Deposit Amount Rs 89/-

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	<input checked="" 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 89/-

Bank Charges _____

Deposit Amount Rs 89/-

Amount in Figures _____

Amount in Words _____

Applicant Signature _____ **Cashier** _____

Project ID:ASF-001

This fee is non-Refundable non - Transferable