

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
म.ग.स्म.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय
स्वशास्त्री संस्था, इन्दौर

सीनियर रेसीडेन्ट के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

आवेदित पद..... विभाग.....



नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जाये।

1. बैंक ड्राफ्ट - क्रं
दिनांक राशि
2. आवेदक का नाम
3. पुरुष/महिला.....
4. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
5. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
नोबाइल नं.....
6. स्थाई पता.....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
नोबाइल नं.....
7. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकगुपी संलग्न करें).....
8. आज दिनांक को आवेदक की आयुदिन नाह वर्ष
9. वर्ग : सामान्य / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछडा वर्ग /
विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी पनागपत्र की
छायाप्रति संलग्न करें) .
10. मेडिकल फाउन्डेशन का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक (एन.पी.
बी.एन. / एम.डी. / एम.एस.)
11. इंटरनशिप पूर्णता की दिनांक:
12. एम.डी./एम.एस./एम.डी.एन. उत्तीर्ण करने का दिनांक:
13. शैक्षणिक योग्यताएं:- (पत्रांक-७४ एवं अनुसूची की तालिका में उल्लिखित श्रेणियों में)

क्र	परीक्षा का नाम	संख्या/होड		वर्ष	स्थान	एन.पी.एन. सं	उत्तीर्ण	उपान (Attempt)
		विव	विव					
1	2	3	4	5	6	7		
1.	MBBS First Prof							
2.	MBBS Second Prof							
3.	MBBS Final Part I							
4.	MBBS Final Part II							
5.	MD/MS/Diploma							

(आवेदक वर्ष का पृथक-पृथक करें)
नोट: परीक्षा के प्रयास (Attempt) प्रमाण पत्र अधिष्ठाता द्वारा पररत हो संलग्न करें।

14. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

स्थान.....
दिनांक.....

//प्रमाण-पत्र//
मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्णत सत्य है ।
जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र / नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा।
मुझ पर म. च. शासन, चिकित्सा शिक्षा विभाग स्वशास्त्री तनिति म.ग.स्म.चिकित्सा महाविद्यालय
इंदौर के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बंधनकारक होंगे।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर