

M.G.M. MEDICAL COLLEGE, INDORE

CHECK LIST FOR POST OF

Subject

Category

Name of candidate

Age

List of documents to be checked:

1. Date of Birth (High School Marksheet)
2. MBBS mark sheet, - Marks obtained Attempts
I Prof
II Prof
Pre-final
Final Total %
3. MBBS Degree
4. M.D. / M.S. / Diploma *Marks*
Attempts if any
5. M.D. / M.S. Degree / Diploma
6. Extra qualifications
7. Post P.G. Teaching Experience
8. Publications in indexed journals Nos.
9. Caste Certificate
10. Domicile Certificate (M.P.)
11. M.B.B.S. Registration No. (State) (State Council)
12. M.D. Registration No. (State) (State Council)
13. Employer's NOC

Declaration: I hereby declare that I am working / Not working in any Govt. / Semi Govt. Institution at present.

Remark

(Name & Signature of Candidate)

प्रति,

दिनांक :

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

सीनियर रेसीडेंट के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

आवेदित पद:..... विभाग:.....

Attested

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जाये।

1. बैंक ड्राफ्ट - क्र
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.....
मोबाइल नं.....
6. स्थाई पता.....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....
7. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अकसूची संलग्न करें).....
8. आज दिनांक को आवेदक की आयु दिन माह वर्ष
9. वर्ग : सामान्य / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग /
विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की
छायाप्रति संलग्न करें) .
10. मेडिकल फाउन्डेशन का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक (एन.डी.
वी.एस्त. / एन.डी. / एन.एस्त.)
11. इंटरमीडिएट पूर्णता की दिनांक:
12. एम.डी./एन.एस्त./एम.डी.एस्त. उत्तीर्ण करने का दिनांक:
13. शैक्षणिक योग्यताएँ:- (वर्षान्वय एवं अकसूची की संश्लेषित छायाप्रति संलग्न करें)

| क्र | परीक्षा का नाम | संस्था/सीट / वि वि | वर्ष | विषय | नापाक / प्राप्ति | एन डी वी एस्त न प्राप्ति/वर्तिमान | सफल (Attempt) |
|-----|--------------------|-----------------------|------|------|------------------------|---|------------------|
| 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 | | | | | | |

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक करें)
नोट: प्रत्येक परीक्षा के प्रयास (Attempt) प्रमाण पत्र अधिष्ठाता द्वारा प्रस्तुत हो संलग्न करें।
14. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची -----

स्थान.....
दिनांक.....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

// प्रमाण-पत्र //

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

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

UNDERTAKING

I Dr. _____ hereby declare that I have cleared my M.B.B.S./B.D.S. examination in following attempts: First prof _____ Second prof _____
Final prof (part-1) _____ Final prof (Part-2) & M.D./M.S./Diploma/M.D.S. examination in _____ attempt.

In case the candidate is not registered with medical council (M.P./M.C.I.)

I will submit my Medical council Registration at the time of joining.

All the information given by me is true & correct and if any information is found to be incorrect or if I could not submit my registration certificate ,my selection for the post of _____ Resident can be cancelled.

Name & Signature of the candidate

My name is not published/ no case pending against me in vyapam , S.T.F or C.B.I.

Name & Signature of the candidate

At present I am not working / not working in any institute/ if working -I will submit N.O.C . from that institute for appearing in interview.

Name & Signature of the candidate