कार्यालय मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता
(शासकीय स्वशासी संस्था)
महात्मा गांधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर

कार्यालय दूरभाषनंबर :– 0731–2527383,2527679

ईमेल :–dean.ind@mp.gov.in

DONATE ORGAN - SAVE LIFE

अंगदानकरें– जीवन बचाए

क्रमांक/ 6876 /स्था/राज/एस.आर/2026

इंदौर,दिनांक: 22.4.26

//विज्ञप्ति सीनियर रेसीडेन्ट//

म.प्र. शासन चिकित्सा शिक्षा मंत्रालय भोपाल के पत्र पृ.कं/एफ 2–42/07/1/55/ भोपाल दिनांक 17.12.2021 एवं म.प्र. शासन चिकित्सा शिक्षा मंत्रालय भोपाल के पत्र पृ.कं/एफ 2–15/2022/1/55 भोपाल दिनांक 04.03.2022 एव पृ.क्र./242/2007/1/55 पार्ट भोपाल दिनांक 12.01.2024 के द्वारा शासकीय स्वशासी महात्मा गाँधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर से सबद्ध सुपर स्पेशिलिटी अस्पताल, इंदौर के अंतर्गत स्वीकृत सीनियर रेसीडेन्ट (SR) के निम्नांकित रिक्त पदों पर (सीमित पदावधि 01 वर्ष) के लिए रिक्त पदों की पूर्ति हेतु निर्धारित प्रारूप में **आवेदन स्कूटनी हेतु दिनांक 27.04.26 को आवेदन आमंत्रित किए जाते है तथा दिनांक 30.04.26 को साक्षात्कार आयोजित किया जाता है** :–

वर्तमान में सुपर स्पेशलिटी हॉस्पीटल, इन्दौर में निम्नलिखित विभागों में निम्नानुसार पद रिक्त हैं:–

सीनियर रेसीडेन्ट (निश्चित वेतन रु. 88210/– प्रतिमाह)

S.No.	DEPARTMENT	TOTAL VACANT POST	UR	ST	SC	OBC	EWS
1	NEUROLOGY	4	-	1	1	1	1
2	NEUROSURGERY	4	1	1	1	1	-
3	CARDIOLOGY	5	1	2	1	-	1
4	CTVS	4	1	1	1	1	-
5	NEPHROLOGY	7	2	1	1	2	1
6	UROLOGY	4	-	1	1	1	1
7	MEDICAL GASTROENTEROLOGY	3	1	1	-	1	-
8	PLASTIC SURGERY	2	-	-	-	2	-
9	PEDIATRIC SURGERY	3	-	1	1	1	-
10	SURGICAL GASTROENTEROLOGY	4	-	2	1	-	1
11	BIOCHEMISTRY	1	-	1	-	-	-
12	ICU	5	-	1	1	2	1
13	HEAD AND NECK SURGERY	1	-	-	1	-	-
14	ORGAN TRANSPLANT	2	-	1	-	1	-
15	RADIODIGNOSIS	3	-	1	-	1	1
16	CLINICAL HAEMATOLOGY	1	-	1	-	-	-
	TOTAL	53	6	16	10	14	7

नोट :–इच्छुक अभ्यार्थी आवेदन पत्र कार्यालय की वेबसाइट से प्राप्त कर सकते हैं, तथा पूर्ण रूप से भरे आवेदन पत्र के साथ दस्तावेजों की अभिप्रमाणित छायाप्रति ,01 फोटो एवं निर्धारित शुल्क की रसीद संलग्न करें। आवेदक **स्कूटिनी हेतु दिनांक 27.04.26 को प्रातः 11:00 बजे** चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर के ऑडिटोरियम हॉल मे पूर्ण रूप से भरे आवेदन पत्र एवं मूल दस्तावेजों के साथ उपस्थित रहें।

साक्षात्कर हेतु दिनांक 30.04.26 को समय सुबह 11:00 बजे से चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर के ऑडिटोरियम हॉल में नियत किया जाता है, आवेदकों को आवश्यक अभिलेखों/प्रमाणपत्रों की मूल प्रति तथा अभिप्रमाणित छायाप्रतियों के साथ उपस्थित होना अनिवार्य होगा इस हेतु पृथक से कोई सूचना नही दी जावेगी।

मध्यप्रदेश शासन के नवीनतम आदेश क्रमांक के प्रावधान अनुसार सभी स्नातकोत्तर छात्र जिनका चयन सीनियर रेसिडेंट के पद पर होगा उन्हें ग्रामीण सेवा के बांड से इस शर्त के साथ मुक्त किया जायेगा कि वे बांड अवधि के बराबर अवधि तक महाविद्यालय मे इस पद पर सेवाएँ देंगे। उक्त अवधि के पूर्ण सेवा छोड़ने की स्थिति से ग्रामीण/अधिसूचित क्षेत्रों मे सेवा हेतु किये गये बांड की शर्ते लागू हो जाएगी और उन्हें निर्धारित अवधि तक ग्रामीण सेवा करनी होगी।

चयनित उम्मीदरों को 1 महीने के अंदर MPMC में Additional Registrationरजिस्ट्रेशन के लिए अप्लाई कर आवेदन की रसीद जमा करवानी होगी तत्पश्चात ही वेतन आहरण किया जायेगा।

(डॉ. अरविन्द घनघोरिया)
मुख्य कार्यपालन अधिकारी एंव अधिष्ठाता
म.गाँ स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, स्वशासी संस्था, इन्दौर (म.प्र.)

वॉक–इन–इंटरव्यू हेतु नियम एवं शर्ते :–

- आरक्षण शासन द्वारा प्राप्त निर्देशानुसार।
- पदों की रिक्तियों की संख्या में कमी या वृद्धि हो सकती है। रिक्तियों की कैटेगिरी में परिवर्तन किया जा सकता है।

- आरक्षित वर्ग के रिक्तियों के विरूद्ध चिकित्सक उपलब्ध न होने पर अनुसूचित जनजाति, अनुसूचित जाति, अन्य पिछड़ा वर्ग, सामान्य श्रेणी के कम से उपलब्ध चिकित्सकों से भरी जा सकेगी।
- उक्त रिक्त पदों में महिलाओं के लिए 30 प्रतिशत पद प्रत्येक श्रेणी में आरक्षित है तथा 3 प्रतिशत पद विकलांग हेतु आरक्षित है।
- आवेदनपत्र प्रस्तुत करने से अभ्यर्थी साक्षात्कार का पात्र नहीं हो जाता।
- अवधि : सीनियर रेसीडेन्ट्स की सेवा–अवधि (Tenure) एक वर्ष की होगी। इनकी प्रथमः 01 वर्ष हेतु नियुक्ति की जावेगी। तत्पश्चात् सेवायें संतोषजनक पाये जाने एवं आवश्यकता अनुसार 01–01 वर्ष हेतु समय बढ़ाते हुए अधिकतम 3 वर्ष तक बढ़ाई जा सकेगी।
- नियुक्ति का तरीकाः–योग्य अभ्यर्थियों का चयन एम.बी.बी.एस./एम.डी./एम.एस./डीएनबी/डीएम/एमसीएच सभी प्रोफेशनल यूनिवर्सिटी परीक्षाओं के अंकों, अनुभव, अतिरिक्त योग्यता एवं साक्षात्कार उपरांत किया जावेगा। नियुक्ति चयन समिति की अनुशंसा पर नियुक्तिकर्ता अधिकारी द्वारा की जावेगी।
- आवेदन शुल्क :– सीनियर रेसीडेन्ट्स/जूनियर रेसीडेन्ट के पद हेतु अभ्यार्थियों को अपने आवेदन के साथ रु. 600/–(छःसौ) एवं आरक्षित वर्ग के अभ्यार्थियों को रु. 300/–(तीन सौ) राशि का भुगतान NEFT/RTGS. ,Dean, mgm medical college Indore,bank account no-53003590071 ,IFSC codeno. SBIN0030359) के माध्यम से करते हुए भुगतान की रसीद आवेदन के साथ संलग्न करे, किसी भी अवस्था मे राशि लौटायी नही जावेगी।

<u>शैक्षणिक योग्यता</u> –(एन.एम.सी. द्वारा मान्यता प्राप्त एम.डी./एम.एस./डी.एन.बी) शैक्षणिक योग्यता का निर्धारण एन.एम.सी. के टी.ई.क्यू. 30 जून 2025 अनुसार किया जावेगा।

- आपातकालीन विभाग के लिए सर्जरी/मेडिसिन/आर्थोपेडिक/रेस्पिरेटरी मेडिसिन/एनेस्थिसिया/आपातकालीन में स्नातकोत्तर डिग्री प्राप्त।

सीनियर रेसीडेन्ट पद पर नियुक्त किसी चिकित्सक को निजी प्रेक्टिस की पात्रता नहीं होगी। जिन चिकित्सकों ने नोटिस निकलने के दिनॉक से पिछले पॉच वर्ष के अन्दर एम.डी./एम.एस./डी.एन.बी.परीक्षा उत्तीर्ण की है। वे ही इस पद के लिये पात्र होगें। जिन चिकित्सकों ने इसी चिकित्सा महाविद्यालय से एम.डी./एम.एस./परीक्षा उत्तीर्ण की है, उन्हें प्राथमिकता दी जाएगी। उसके बाद मध्यप्रदेश के किसी भी चिकित्सा महाविद्यालय से उत्तीर्ण चिकित्सकों को प्राथमिकता दी जाएगी। संस्था द्वारा कदाचार के कारण पूर्व में सेवा समाप्त उम्मीदवार को आवेदन करने की पात्रता नहीं होगी।

- यात्रा भत्ता :– साक्षात्कार के लिये किसी भी अभ्यार्थी को यात्रा भत्ता नहीं दिया जावेगा।
- आयु सीमाः– साक्षात्कार के लिये किसी भी अभ्यर्थी की अधिकतम आयु 45 वर्ष से अधिक नहीं होना चाहिये।

<u>अन्य शर्तें</u> :

इन चिकित्सकों का प्रत्येक 01 वर्ष में 12 दिवस के आकस्मिक अवकाश की पात्रता होगी तथा सप्ताह में एक दिन अवकाश की पात्रता होगी यह अवकाश संचित नहीं किया जा सकेगा, पर इन रेसिडेन्टस से संबंधित, सभी बातों पर अधिष्ठाता का निर्णय अंतिम होगा।

- आरक्षित श्रेणी के उम्मीद्वारों को तत्संबंध का प्रमाण पत्र निर्धारित प्रारुप में सक्षम अधिकारी म.प्र. द्वारा प्रदत्त की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य है।
- म.प्र. के मूल निवासी को ही आरक्षण का लाभ दिया जावेगा।
- उम्मीद्वार को शैक्षणिक योग्यता के प्रमाण पत्रों की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगी।
- सेवा की अन्य शर्तें नियुक्ति पत्र में दर्शाये अनुसार बंधनकारी होगी।
- आवेदन पत्र प्रस्तुत करने के साथ ही जिस संस्था में कार्यरत है उस संस्था का अनापत्ति/त्यागपत्र स्वीकृति प्रमाण पत्र प्रस्तुत करना होगा।
- उम्मीदवार को म.प्र. राज्य मेडिकल कौंसिल अथवा मेडिकल कौंसिल ऑफ इंडिया से पंजीयन कराना अनिवार्य होगा।
- सीनियर रेसीडेन्ट के पद पर चयनित उम्मीद्वार को आवश्यकतानुसार अन्य स्थान/सी.एम.ओ ड्यूटी पर कार्य करने हेतु आदेशित किया जा सकता है।
- यदि किसी अभ्यार्थी के दस्तावेज असत्य पाए जाते है अथवा यदि कोई चयनित उम्मीदवार बिना के अनुपस्थित पाया जाता है तो उसे सेवा से पृथक करने का अधिकार अधिष्ठाता के पास रहेगा।

<u>साक्षात्कार के समय उपरोक्त समस्त प्रमाण पत्रों की मूल प्रतियाँ प्रस्तुत करनी होगी।</u>

(डॉ. अरविन्द घनघोरिया)
मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता
म.गाँ स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, स्वशासी संस्था, इन्दौर (म.प्र.)
इंदौर, दिनांक :– 22.4.26

क्रमांक/ 6877-82 /EST./Gaz./SR./2026
प्रतिलिपिः–

1. आयुक्त, लोक स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा, विभाग मंत्रालय भोपाल म.प्र.।
2. संचालक, लोक स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा विभाग मंत्रालय भोपाल म.प्र.।
3. समस्त नोटिस बोर्ड चिकित्सा महाविद्यालय/म.य.चिकित्सालय/छात्रावास/लाइब्रेरी।
4. संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक, म.य.चिकित्सालय,इंदौर।
5. अधीक्षक, सुपर स्पेशिलिटी अस्पताल, इंदौर।
6. समस्त विभागाध्यक्षों की ओर सूचनार्थ तथा अपने विभागीय नोटिस बोर्ड पर तत्काल चस्पा करने हेतु।

(डॉ. अरविन्द घनघोरिया)
मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता
म.गाँ स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, स्वशासी संस्था, इन्दौर (म.प्र.)

प्रति ,

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी

म.गाँ.स्मृ.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबंध्द चिकित्सालय स्वशासी संस्था ,इंदौर

सीनियर रेसिडेंट के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन–पत्र

आवेदित पद...विभाग...

Attested

नोट : सभी जानकारी आवेदक दूवारा पूर्ण की जावे।

1.बैंक ड्राफ्ट–क्रं..

दिनांक ....राशि ....

बैंक का नाम ....

2. आवेदक का नाम ....

3. पुरुष/महिला ....

4 .पिता/पति का नाम (उपनाम सहित)..............................

5. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिन कोड सहित)..

....

शहर का नाम ....फोन नं.....................................

मोवाइल नं..

6. स्थाई पता ....

शहर का नाम .... फोम नं....................................

मोयाइल नं..

7. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करे)

8. आज दिनांक को आवेदक की आयु ....दिन ....माह ....वर्ष

9. वर्गः सामान्य/अनुसूचित जाति /अनुसूचित जनजाति /अन्य पिछड़ा वर्ग / विकलांग...

(आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी दूवारा जारी प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करे)

10.मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक ....(एम.बी.बी.एस./एम.डी/एम.एस)

11.इंटर्नशीप पूर्णता की दिनांक ....

12. एम डी./एम.एस./एम.डी.एस.उतीर्ण करने का दिनांक :–..

13 शैक्षणिक योग्यतायेः–(प्रमाण पत्र एवं एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करे)

क्र	परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड/वि वि	वर्ष	विषय	प्राप्तांक/पूर्णांक	एम बी बी एस के कुल प्राप्तांक/प्रतिशत	प्रयास (Attempt)
1	2	3	4	5	6	7	
1	MBBS First Proof.						
2	MBBS Second Proof.						
3.	MBBS Final Part I						
4.	MBBS Final Part II						
5	MD/ MS /Diploma						

(प्रत्येक वर्ष का पृथक–प्रथक भरे)

नोटः–प्रत्येक परीक्षा के प्रयास(Attempt)प्रमाण पत्र अधिष्ठाता दूवारा प्रदत्त हो संलग्न करे।

14.संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची ....

स्थान ....

दिनांक ....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

// प्रमाण पत्र //

मै प्रमाणित करता /करती हूँ कि मेरे दूवारा 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.प्र. शासन ,चिकित्सा शिक्षा विभाग स्वशासी समिति म.गाँधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय इंदौर के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बंधनकारक होंगे ।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

M.G.M MEDICAL COLLEGE ,INDORE

CHECKLIST FOR POST OF ______________________________

Subject

Name of Candidate　　　　　　　　　　　　Category

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.

   Attempts if any

5. M.D./M.S. Degree/Diploma
6. Extra qualification
7. Post P.G.Teaching Experience
8. Publication in indexed journals Nos.
9. Cast Certificate
10. Domicile Certificate (M.P.)
11. M.B.BS. 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)**

UNDERTAKING

I Dr.______________hereby declare that I have cleared my M.B.B.S examination in following attempts:First Prof__________Second Prof Final Prof_______(Part-1)_______________Final Prof (Part-1) Final Prof(Part-11)________&MD/MS examination in_________attempt.

In case the candidate is not registered with Medical Council (M.P./MCI)

I Will submit my Medical Council Registration it 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 cancellend.

Name &Signature of the Candidate