

**अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी**  
**म.गौ.स्मृ.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबन्ध चिकित्सालय स्वशासी संस्था, इंदौर**  
**सीनियर रेसिडेंट के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र**

आवेदित पद..... विभाग.....

नोट : सभी जानकारी आवेदक द्वारा 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.....

मोबाइल नं.....

6. स्थाई पता .....

शहर का नाम ..... फोन नं.....

मोबाइल नं.....

7. जन्मतिथि ( हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करे )

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 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. इंटरनशीप पूर्णता की दिनांक .....

12. एम.डी./एम.एस./एम.डी.एस.उत्तीर्ण करने का दिनांक :-.....

13. शैक्षणिक योग्यताये:- ( प्रमाण पत्र एवं एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करे )

क्र.	परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड/वि.वि	वर्ष	विषय	प्राप्ताक/ पूर्णांक	एम बी बी एस के कुल प्राप्ताक/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)

नोट:-प्रत्येक परीक्षा के प्रयास(Attempt)प्रमाण पत्र अधिष्ठाता द्वारा प्रदत्त हो संलग्न करे।

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 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.गौंधी 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.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 )

## 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-1I) \_\_\_\_\_ & 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 cancelled.

**Name & Signature of the Candidate**