

**महात्मा गाँधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय,
स्वशासी संस्था, इन्दौर**

क्रमांक / 1611 / छात्र. / स्था / 2019

इन्दौर, दि.
2/10/19

// सूचना //

शासकीय स्वशासी महात्मा गांधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर एवं संबधित चिकित्सालय में सीनियर रेसीडेन्ट (SR) के रिक्त पदों की पूर्ती हेतु दिनांक 05.10.2019 को आयोजित होने वाले साक्षत्कार के संबंध में आवश्यक सूचना।

1. साक्षत्कार हेतु उपस्थित होने वाले अभ्यर्थीगण डॉ. प्रियंका महावर, सहा. प्राध्यापक कम्युनिटी मेडिसिन से आवेदन पत्र दिनांक 04.10.19 को प्रातः 10:30 से 12.30 तक फार्माकोलॉजी विभाग की लेब से प्राप्त कर सकते हैं।
2. अभ्यर्थियों द्वारा पूर्ण भरे गये आवेदन पत्र दिनांक 04.10.19 को अपरान्ह 01:00 बजे तक ही प्राप्त किये जायेंगे।
3. अभ्यर्थियों द्वारा जमा किये गये आवेदन पत्रों की सूक्ष्म जांच दिनांक 04.10.19 को दोप. 01.00 से 03.00 तक की जावेगी।

[Handwritten Signature]

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
म.गॉ.स्मृ.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय
स्वशासी संस्था, इन्दौर

पृ. क्रमांक / / छात्र. / स्था / 2019
प्रतिलिपी :- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

इन्दौर, दि.

1. समस्त विभागाध्यक्ष।
2. समस्त नोटिस बोर्ड- चिकित्सा महाविद्यालय/चिकित्सालय/छात्रावास।

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
म.गॉ.स्मृ.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय
स्वशासी संस्था, इन्दौर

प्रति,

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
म.गॉ.स्मू.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय
स्वशासी संस्था, इन्दौर

सीनियर रेसीडेन्ट के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

आवेदित पद:..... विभाग:.....

Attested

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

1. बैंक ड्राफ्ट - क्र
दिनांक राशि
2. बैंक का नाम -
3. आवेदक का नाम
4. पुरुष/महिला
5. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
6. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....
7. स्थाई पता.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....
8. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करें).....
9. दिनांक 31.01.2014 को आवेदक की आयुदिन माह वर्ष
10. वर्ग : सामान्य / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें) .
11. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक (एम.बी. बी.एस. / एम.डी. / एम.एस.)
12. इंटर्नशीप पूर्णता की दिनांक:
13. एम.डी./एम.एस./एम.डी.एस. उत्तीर्ण करने का दिनांक:
13. शैक्षणिक योग्यताएँ:— (प्रमाण-पत्र एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

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 Prof.						
2.	MBBS Second Prof.						
3.	MBBS Final Part I						
4.	MBBS Final Part II						
5.	MD/MS/Diploma						

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक मरे)

नोट: प्रत्येक परीक्षा के प्रयास (Attempt) प्रमाण पत्र अधिष्ठाता द्वारा प्रदत्त 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 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.गॉ.स्मू.चिकित्सा महाविद्यालय
इंदौर के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बंधनकारक होंगे।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

M.G.M. MEDICAL COLLEGE, INDORE

CHECK LIST FOR POST OF

Subject			
Name of candidate			
Age			Category
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 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 NQC.		

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

Remark

(Name & Signature of Candidate)

UNDERTAKING S^o

I Dr. _____ hereby declare that I have cleared my M.B.B.S. examination in following attempts: First Prof _____ Second Prof _____ Final Prof (Part-I) _____ Final Prof (Part II) _____ & 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