कार्यालय अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
शासकीय स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम, म.प्र.

क्रमांक / 565 / चि.महा.र. / 2019 रतलाम, दिनांक 27 / 02 / 2019

प्राध्यापक / सह–प्राध्यापक / सहायक–प्राध्यापक / प्रदर्शक–ट्यूटर पद हेतु साक्षात्कार सूचना शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम के विज्ञप्ति क्रमांक / 457 / स्थापना / विज्ञप्ति / 2019 दिनांक 16 / 02 / 2019 के अनुक्रम में म. प्र. स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय शैक्षणिक संवर्ग के अंतर्गत समस्त **सह - प्राध्यापक / सहायक** प्राध्यापक वर्ग के अभ्यार्थियों का साक्षात्कार निम्नलिखित संलग्न सूची एवं समय सारणी अनुसार संपन्न होगाः–

For Co-ordination please Contact: Dr.Piyusha Mahashabde: 9993132837, 7999528663
Dr. Ruchita Banseria: 8770766710, 9770508093
Dr. Mohit Kulmi: 9425746716

क्रमांक	दिनांक	समय एवं स्थान	संपन्न होने वाली कार्यवाही
1	**01/03/2019**	प्रातः 11:00 से 01:00 बजे तक सूक्ष्म परीक्षण स्थान :– कमिश्नर ऑफिस **कोठी** रोड़ विक्रम युनिवर्सिटि के पास उज्जैन म.प्र. . 456010	⁕अभ्यर्थियों के मूल दस्तावेज / प्रमाण–पत्र का सूक्ष्म परीक्षण / सत्यापन Subjects:- PSYCHIATRY, SURGERY, OBSTRETICS & GYNAECOLOGY, ENT, OPHTHALMOLOGY
2	**01/03/2019**	दोपहर 02:30 से **उपरांत** साक्षात्कार का स्थान :– कमिश्नर ऑफिस **कोठी** रोड़ विक्रम युनिवर्सिटि के पास उज्जैन म.प्र. . 456010	⁕अभ्यर्थियों का साक्षात्कार (संलग्न विषयवार एवं सूची अनुसार) Subjects:- PSYCHIATRY, SURGERY, OBSTRETICS & GYNAECOLOGY, ENT, OPHTHALMOLOGY

नोटः– साक्षात्कार हेतु आमंत्रित समस्त अभ्यर्थी अपने साथ निम्नलिखित मूल दस्तावेज आवश्यक रूप से साथ लावें। किसी भी मूल दस्तावेज के न प्रस्तुत करने पर अभ्यर्थी को साक्षात्कार हेतु अपात्र घोषित किया जा सकता हैं। चयनित अभ्यर्थियो ं को चयन पश्चात् उसी दिन अपनी उपस्थिति संस्था को देनी होगी, अन्यथा उनका चयन निरस्त किया जावेगा।

1. आधार कार्ड, फोटो परिचय पत्र।
2. जन्मतिथि हेतु दसवीं कक्षा की अंकसूची / हाई स्कूल की अंकसूची / प्रमाण–पत्र। इसके अलावा कोई अन्य प्रमाण–पत्र स्वीकार नहीं होगा।
3. एम.बी.बी.एस. / स्नातक परीक्षा की समस्त अंकसूचियॉं।
4. एम.बी.बी.एस. / स्नातक उपाधि।
5. एम.बी.बी.एस. अटेम्प्ट सर्टिफिकेट।

6. एम.बी.बी.एस. पंजीयन प्रमाण–पत्र।

7. एम.डी. / एम.एस. / पी.एच.डी. / स्नातकोत्तर उपाधि, अंकसूची एवं पंजीयन प्रमाण–पत्र।

8. अनुभव प्रमाण–पत्र।

9. शोध–पत्र प्रकाशन की प्रतियॉ।

10. मध्यप्रदेश का मूलनिवासी प्रमाण–पत्र अगर लागू हो तो।

11. जाति प्रमाण–पत्र अगर लागू हो तो।

12- अभ्यर्थी अपने साथ GMC RATLAM की वेब साईट http://www.medicaleducation.mp.gov.in/ http://www.mgmmcindore.in/ अर्थवा **www.gmcratlam.org**/ पर उपलब्ध **ANNEXURES 1,2,3,4,5,6 को निर्धारित प्रपत्र में भरकर लाये**

विशेश नोट–

1. अभ्यर्थी को उपर्युक्त वर्णित साक्षात्कार हेतु किसी भी प्रकार का यात्रा भत्ता अथवा अन्य कोई भत्ता देय नहीं होगा।

2. आपके आवेदन का साक्षात्कार हेतु चयन वर्तमान में अंतिम रूप से किया गया है यदि आपकी शैक्षणिक अनुभव अथवा अन्य कोई भी पद के लिय वांछित योग्यता विज्ञापन मे ं दिए गए तथा एमसीआई–टीईक्यु के मानदण्डो ं के अनुसार नही पाई गई तो आपका साक्षाकार हेतु चयन निरस्त माना जाएगा ।

3. आपसे अपेक्षित है कि आप संपूर्ण उत्तरदायित्व के साथ एक स्वहस्ताक्षरित घोषणा–पत्र दे । जिससे स्पष्ट उल्लेखित हो कि आप वर्तमान भौक्षणिक सत्र 2019-2020 में एससीआई के स्नातक / स्नातकोत्तर / या किसी अन्य निरीक्षण में किस दिनांक को तथा किस शैक्षणिक पद के लिये उपस्थित **हुए** अथवा नहीं हुए थे।

4. आपसे अपेक्षित है कि आप संपूर्ण उत्तरदायित्व के साथ एक स्वहस्ताक्षरित घोषणा–पत्र दे, जिससे स्पष्ट उल्लेखित हो कि आप पूर्व में किसी भी नवीन चिकित्सा महाविद्यालय में किसी पद के लिए चयनित अथवा कार्यरत नहीं हुए है।

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
शासकीय स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय,
रतलाम (म.प्र.)

SHORTLISTED CANDIDATES FOR THE POST OF ASSOCIATE PROFESSOR / ASSISTANT PROFESSOR FOR INTERVIEWS TO BE HELD ON 01/03/2019

DEPARTMENT OF ENT

ASSOCIATE PROFESSOR (UR-1)

S.NO	NAME
1	DR RAGHAVENDRA SINGH GAUR

DEPARTMENT OF OPTHALMOLOGY

ASSOCIATE PROFESSOR (UR-1)

S.NO	NAME
1	DR. RISHENDRA SINGH SISODIYA

DEPARTMENT OF SURGERY

ASSOCIATE PROFESSOR (UR-2)

S.NO	NAME
1	DR. SURESH K JARIWALA
2	DR. SANJAY PRASAD

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

ASSISTANT PROFESSOR (UR-1)

S.NO	NAME
1	DR. GAURAV CHITTORA

DEPARTMENT OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY

ASSISTANT PROFESSOR (UR-1)

S.NO	NAME
1	DR SHALINI GUPTA

NOTE: SUBJECT TO VERIFICATION OF EXPERIENCE/ QUALIFICATION / NOC FROM EMPLOYER (IF APPLICABLE)