

प्रति,

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी

शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय एवं स्वशासी संस्था, रतलाम

जूनियर रेसीडेन्ट के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

आवेदित पद:..... विभाग:.....

अभिप्रमाणित

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

- 1 आवेदक का नाम
- 2 पुरुष/महिला
3. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
4. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....
5. स्थाई पता.....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....
6. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करें).....
7. दिनांक 01.04.2018 को आवेदक की आयुदिन माह वर्ष

8. वर्ग : सामान्य / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछडा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें)
09. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक (एम.बी.बी.एस. / एम.डी. / एम.एस.)
10. इंटरनशीप पूर्णता की दिनांक:
11. एम.डी./एम.एस./एम.डी.एस. उत्तीर्ण करने का दिनांक:
12. शैक्षणिक योग्यताएँ:- (प्रमाण-पत्र एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

क्रं	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

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक भरे)

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

13. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची -----

स्थान.....

हस्ताक्षर

दिनांक.....

आवेदक का पूरा नाम एवं

// 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 शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय **रतलाम** के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बंधनकारक होंगे।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

प्रति,

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी

शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय एवं स्वशासी संस्था, रतलाम

सीनियर रेसीडेन्ट के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

आवेदित पद:..... विभाग:.....

अभिप्रमाणित

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

11 आवेदक का नाम

2 पुरुष/महिला

3. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....

4. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....

.....

शहर का नाम..... फोन नं.....

मोबाइल नं.....

5. स्थाई पता.....

.....

शहर का नाम..... फोन नं.....

मोबाइल नं.....

6. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करें).....

7. दिनांक 01.04.2018 को आवेदक की आयुदिन माह वर्ष

8. वर्ग : सामान्य / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछडा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें)
09. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक (एम.बी.बी.एस. / एम.डी. / एम.एस.)
10. इंटरनशीप पूर्णता की दिनांक:
11. एम.डी./एम.एस./एम.डी.एस. उत्तीर्ण करने का दिनांक:
12. शैक्षणिक योग्यताएँ:- (प्रमाण-पत्र एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

क्रं	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

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक भरे)

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

13. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची -----

स्थान.....

हस्ताक्षर

दिनांक.....

आवेदक का पूरा नाम एवं

// 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 शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय **रतलाम** के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बंधनकारक होंगे।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

