

आवेदन का प्रारूप

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अधीन पिडीयाट्रिक सर्जकल यूनिट (PSU) हेतु आवेदन पत्र।

पिडीयाट्रिक सर्जन/एनेस्थेतिस्ट के रिक्त पदों पर संविदा नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

(आवेदन करने की अंतिम तिथि-28.02.2023)

स्वप्रमाणित
फोटो

आवेदित पद का नाम व विषय :-

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

- आवेदन शुल्क:- आर.टी.जी.एस. स्टेट बैंक आफ इण्डिया एम.वाय.एच.केम्पस, इन्दौर के IFSC :- SBIN0030359 Account No. 53003590071 , M.G.M. Medical College, (Autonomous Society) Indore के नाम से जमा कर रसीद संलग्न करें। (डिमांड ड्राफ्ट स्वीकार नहीं होंगे।)
- पिडीयाट्रिक सर्जन/एनेस्थेतिस्ट :- आवेदन शुल्क रुपये अनारक्षित-1500/- आरक्षित श्रेणी हेतु 1000/-

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..... ई.मेल.आई.डी.....

5. स्थाई पता.....

शहर का नाम..... फोन नं.....

मोबाइल नं.....

6. आधार कार्ड नम्बर (हो तो)छायाप्रति संलग्न करें।

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

8. दिनांक 01.01.2023 को आवेदक की आयुदिन.....माह.....वर्ष.....

9. आवेदक वैवाहिक स्थिति - विवाहित/अविवाहित

10. विवाह का दिनांक.....

11. वर्ग : अनारक्षित / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु, सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें)

12. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक

अ. एम.बी.बी.एस.-

ब. एमडी/एमएस -

13. शैक्षणिक योग्यताएं:- (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	8
1	MBBS First Prof.						
2	MBBS Second Prof.						
3	MBBS Final Part I						
4	MBBS Final Part II						
5	MD/MS/MCH/DM/DNB						

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक भरे)

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

14. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची (स्वप्रमाणित फोटोकॉपी संलग्न करें)।

1. जन्मतिथि के लिये कक्षा 10 वीं की अंकसूची
2. एम.बी.बी.एस फर्स्ट प्रोफ. अंकसूची
3. एम.बी.बी.एस. सेकण्ड प्रोफ. अंकसूची
4. एम.बी.बी.एस. फाइनल प्रोफ. पार्ट-1
5. एम.बी.बी.एस. फाइनल प्रोफ. पार्ट-2
6. इन्टर्नशीप सर्टिफिकेट
7. एम.बी.बी.एस. डिग्री
8. एम.बी.बी.एस. प्रयास प्रमाण पत्र
9. एम.डी./एम.एस./एम.सी.एच./डी.एम./डी.एन.बी. डिग्री
10. एम.डी./एम.एस. प्रयास प्रमाण पत्र
11. मेडिकल काउंसिल का पंजीयन प्रमाण पत्र (एम.बी.बी.एस.)
12. मेडिकल काउंसिल का पंजीयन प्रमाण पत्र (एम.डी./एम.एस.)
13. रिसर्च पब्लिकेशन
14. जाति प्रमाण पत्र (केवल आरक्षित श्रेणी के लिये है।)
15. स्थानीय निवास प्रमाण पत्र (आरक्षित वर्ग हेतु)
16. आधार कार्ड
17. प्रशिक्षण/कांफ्रेस पुरस्कार प्रमाण पत्र
18. विज्ञापित पद अनुसार शैक्षणिक योग्यता इत्यादि के प्रमाण पत्र संलग्न करें।

स्थान.....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक.....

// घोषणा-पत्र //

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्ण एवं सत्य है। जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र/नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा।
2. मेरे विरुद्ध पुलिस प्रकरण में एफ.आई.आर. दर्ज नहीं है, और मेरे विरुद्ध कोई विभागीय जाँच प्रचलन में नहीं है।
3. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे नैतिक पतन के किसी अपराध में किसी न्यायालय द्वारा न तो दोषी पाया गया है और न ही मेरे विरुद्ध इस प्रकार का कोई प्रकरण किसी भी न्यायालय में विचाराधीन है।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

आवेदन का प्रारूप

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अधीन शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत Severe Malnutrition Treatment Unit (SMTU) हेतु आवेदन पत्र।

मेडिकल आफिसर के रिक्त पदों पर संविदा नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

(आवेदन करने की अंतिम तिथि-28.02.2023)

स्वप्रमाणित
फोटो

आवेदित पद का नाम व विषय :-

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

- आवेदन शुल्क:- आर.टी.जी.एस. स्टेट बैंक आफ इण्डिया एम.वाय.एच.केम्पस, इन्दौर के IFSC :- SBIN0030359 Account No. 53003590071, M.G.M. Medical College, (Autonomous Society) Indore के नाम से जमा कर रसीद संलग्न करें। (डिमांड ड्राफ्ट स्वीकार नहीं होंगे।)
- मेडिकल आफिसर :- आवेदन शुल्क रुपये अनारक्षित-1500/- आरक्षित श्रेणी हेतु 1000/-

- आवेदक का नाम
- पुरुष/महिला
- पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
- वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....

शहर का नाम..... फोन नं.....

मोबाइल नं..... ई.मेल.आई.डी.....

- स्थायी पता.....

शहर का नाम..... फोन नं.....

मोबाइल नं.....

- आधार कार्ड नम्बर (हो तो) छायाप्रति संलग्न करें।
- जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करें).....
- दिनांक 01.01.2023 को आवेदक की आयुदिन.....माह.....वर्ष.....
- आवेदक वैवाहिक स्थिति - विवाहित/अविवाहित
- विवाह का दिनांक.....
- वर्ग : अनारक्षित / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें)

12. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक

अ. एम.बी.बी.एस.-

ब. एमडी/एमएस -

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	8
1.	MBBS First Prof.						
2.	MBBS Second Prof.						
3.	MBBS Final Part I						
4.	MBBS Final Part II						

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक भरें)

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

14. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची (स्वप्रमाणित फोटोकॉपी संलग्न करें)।

1. जन्मतिथि के लिये कक्षा 10 वी की अंकसूची
2. एम.बी.बी.एस फर्स्ट प्रोफ. अंकसूची
3. एम.बी.बी.एस. सेकण्ड प्रोफ. अंकसूची
4. एम.बी.बी.एस. थर्ड प्रोफ. अंकसूची पार्ट-1
5. एम.बी.बी.एस. फाईनल प्रोफ. अंकसूची
6. एम.बी.बी.एस. डिग्री
7. एम.बी.बी.एस. प्रयास प्रमाण पत्र
8. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन प्रमाण पत्र (एम.बी.बी.एस.)
9. जाति प्रमाण पत्र (केवल आरक्षित श्रेणी के लिये है।)
10. स्थानीय निवास प्रमाण पत्र (आरक्षित वर्ग हेतु)
11. आधार कार्ड
12. विज्ञापित पद अनुसार शैक्षणिक योग्यता इत्यादि के प्रमाण पत्र संलग्न करें।

स्थान.....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक.....

// घोषणा-पत्र //

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्ण एवं सत्य है। जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र/नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा।
2. मेरे विरुद्ध पुलिस प्रकरण में एफ.आई.आर. दर्ज नहीं है, और मेरे विरुद्ध कोई विभागीय जांच प्रचलन में नहीं है।
3. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे नैतिक पतन के किसी अपराध में किसी न्यायालय द्वारा न तो दोषी पाया गया है और न ही मेरे विरुद्ध इस प्रकार का कोई प्रकरण किसी भी न्यायालय में विचाराधीन है।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

// आवेदन-पत्र का प्रारूप //

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अधीन शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत Severe Malnutrition Treatment Unit (SMTU) एवं एन.आर.सी. शिशु स्वास्थ्य पोषण के अंतर्गत CLMC हेतु स्टाफ नर्स के लिये आवेदन पत्र।

स्टाफ नर्स के रिक्त पदों पर संविदा नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

(आवेदन करने की अंतिम तिथि-28.02.2023)

प्रति,

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



- आवेदन शुल्क:- आर.टी.जी.एस. स्टेट बैंक आफ इण्डिया एम.वाय.एच. केम्पस, इन्दौर
IFSC :- SBIN0030359 Account No. 53003590071
(M.G.M.Medical College,(Autonomous Society) Indore के नाम से जमा कर रसीद संलग्न करें।

- स्टाफ नर्स :- (अनारक्षित श्रेणी के उम्मीदवारों से रु 500 /- तथा आरक्षित श्रेणी के अ.जा./अ.ज.जा. /अ.पि.व./ई.डब्ल्यू.एस. से रु 300 /-) (डिमांड ड्राफ्ट स्वीकार नहीं होंगे।)

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..... ईमेलआईडी.....

5. स्थाई पता.....

शहर का नाम..... फोन नं.....

मोबाइल नं.....

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

7. आधार कार्ड नम्बर(हो तो)छायाप्रति संलग्न करें।.....

8. दिनांक 01.01.2023 को आवेदक की आयु.....दिन.....माह.....वर्ष

9. विवाह का दिनांक

10. वर्ग : अनारक्षित / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें)

11. नर्सिंग / पैरामेडिकल काउन्सिल एवं का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक

12. शैक्षणिक योग्यताएं:- (प्रमाण-पत्र एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

क्रं	परीक्षा का नाम	संस्था / बोर्ड / वि.वि.	वर्ष	विषय	प्राप्तांक / पूर्णांक	प्रतिशत	प्रयास (Attempt)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक भरे)

13. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची (स्वप्रमाणित फोटोकॉपी संलग्न करें।)

- 1 जन्मतिथि के लिये कक्षा 10 वी की अंकसूची
- 2 जाति प्रमाण पत्र (केवल आरक्षित श्रेणी के लिये है।)
- 3 स्थानीय निवास प्रमाण पत्र (आरक्षित वर्ग हेतु)
- 4 आधार कार्ड
- 5 विज्ञापित पद अनुसार शैक्षणिक योग्यता इत्यादि के प्रमाण पत्र संलग्न करें।
- 6 बैंक में जमा किये गये आर.टी.जी.एस. की रसीद।
- 7 अन्य प्रमाण पत्र।

स्थान.....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक.....

// घोषणा-पत्र //

- 1 मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्ण एवं सत्य है। जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र/नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा।
- 2 मेरे विरुद्ध पुलिस प्रकरण में एफ.आई.आर. दर्ज नहीं है, और मेरे विरुद्ध कोई विभागीय जाँच प्रचलन में नहीं है।
- 3 मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे नैतिक पतन के किसी अपराध में किसी न्यायालय द्वारा न तो दो पाया गया है और न ही मेरे विरुद्ध इस प्रकार का कोई प्रकरण किसी भी न्यायालय में विचाराधीन है।
- 4 मुझ पर मिशन संचालक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन म.प्र. भोपाल के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बंधनकारक होंगे।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

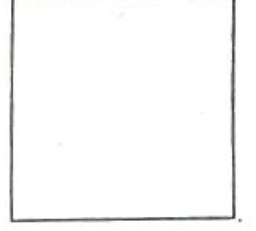
// आवेदन-पत्र का प्रारूप //

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अधीन **ALL COMPONENTS** के अंतर्गत प्रोग्राम कोर्डिनेटर के पद पर
संविदा नियुक्ति हेतु आवेदन पत्र।

(आवेदन करने की अंतिम तिथि-28.02.2023)

प्रति,

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



- आवेदन शुल्क:- आर.टी.जी.एस. स्टेट बैंक आफ इण्डिया एम.वाय.एच. केम्पस, इन्दौर
IFSC :- SBIN0030359 Account No. 53003590071
(M.G.M.Medical College,(Autonomous Society) Indore के नाम से जमा कर रसीद संलग्न करें।
- प्रोग्राम कोर्डिनेटर :- (अनारक्षित श्रेणी के उम्मीदवारों से रु 500/- तथा आरक्षित श्रेणी के अ.जा./अ.ज.जा./अ.पि.व./ई.डब्ल्यू.एस. से रु 300/-) (डिमांड ड्राफ्ट स्वीकार नहीं होंगे।)

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

13. आवेदक का नाम
14. पुरुष/महिला.....
15. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
16. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं..... ईमेलआईडी.....
17. स्थाई पता.....
.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....
18. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करें).....
19. आधार कार्ड नम्बर(हो तो)छायाप्रति संलग्न करें।.....
20. दिनांक 01.01.2023 को आवेदक की आयु.....दिन.....माह.....वर्ष
21. विवाह का दिनांक
22. वर्ग : अनारक्षित / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग /
विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति
संलग्न करें)

23. नर्सिंग / पैरामेडिकल काउन्सिल एवं का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक

24. शैक्षणिक योग्यताएँ:- (प्रमाण-पत्र एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

क्र.	परीक्षा का नाम	संस्था / बोर्ड / वि.वि.	वर्ष	विषय	प्राप्तांक / पूर्णांक	प्रतिशत	प्रयास (Attempt)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक भरे)

13. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची (स्वप्रमाणित फोटोकॉपी संलग्न करें।)

- 1 जन्मतिथि के लिये कक्षा 10 वी की अंकसूची
- 2 जाति प्रमाण पत्र (केवल आरक्षित श्रेणी के लिये है।)
- 3 स्थानीय निवास प्रमाण पत्र (आरक्षित वर्ग हेतु)
- 4 आधार कार्ड
- 5 विज्ञापित पद अनुसार शैक्षणिक योग्यता इत्यादि के प्रमाण पत्र संलग्न करें।
- 6 बैंक में जमा किये गये आर.टी.जी.एस. की रसीद।
- 7 अन्य प्रमाण पत्र।

स्थान.....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक.....

// घोषणा-पत्र //

- 5 मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्ण एवं सत्य है। जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र/नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा।
- 6 मेरे विरुद्ध पुलिस प्रकरण में एफ.आई.आर. दर्ज नहीं है, और मेरे विरुद्ध कोई विभागीय जाँच प्रचलन में नहीं है।
- 7 मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे नैतिक पतन के किसी अपराध में किसी न्यायालय द्वारा न तो दो पाया गया है और न ही मेरे विरुद्ध इस प्रकार का कोई प्रकरण किसी भी न्यायालय में विचाराधीन है।
- 8 मुझ पर मिशन संचालक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन म.प्र. भोपाल के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बंधनकारक होंगे।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर