

आवेदन का प्रारूप

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

स्व प्रमाणित
फोटो

पद का नाम :

विषय :

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. आधार कार्ड नम्बर (हो तो)
7. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करें)
8. शासकीय/अशासकीय सेवा में होने का अनापत्ति प्रमाण पत्र
9. दिनांक 01/01/2023 को आवेदक की आयुदिन माह वर्ष
10. आवेदक की वैवाहिक स्थिति- विवाहित/अविवाहित
11. विवाह का दिनांक-
12. वर्ग: अनारक्षित / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें)
13. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक

अ. (एम.बी.बी.एस.)-----

ब. एमडी/एमएस-----

स. एमसीएच/डीएम-----

DIRECTOR
SUPER SPECIALITY HOSPITAL
HEALTH AND FAMILY WELFARE DEPARTMENT
JALPAIGURI

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

क्रं	परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड / चि.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/						
6	MCH/DM						
7	S.R						

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक भरे)

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

15. शैक्षणिक अनुभव :- छायाप्रति संलग्न करें।

क्रमांक	पदनाम	रिमांक
1	प्राध्यापक	शैक्षणिक अनुभव
2	सह प्राध्यापक	शैक्षणिक अनुभव
3	सहायक प्राध्यापक	शैक्षणिक अनुभव
4	अन्य	शैक्षणिक अनुभव

16. पात्रता के बाद अनुभव :- छायाप्रति संलग्न करें।

17. आवेदन शुल्क रसीद संलग्न करें

18. रिसर्च पब्लिकेशन :- छायाप्रति संलग्न करें।

क्रमांक	पदनाम	रिसर्च पब्लिकेशन
1	प्राध्यापक	
2	सह प्राध्यापक	
3	सहायक प्राध्यापक	
4	अन्य	शैक्षणिक अनुभव

19. कुल संलग्न प्रमाण पत्रों की संख्या :-----

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. 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।

Jank
DIRECTOR
SUPER SPECIALITY HOSPITAL
NSCB MEDICAL COLLEGE JABALPUR

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

***CHECK LIST -01.**

**For post of /Professor/Associate Professor/Assistant Professor in Upgraded Neurusurgery
Department, NSCB Medical College Jabalpur**

Scrutiny of Document

Date:

Name of Candidate:-

Category:

Age/Sex: Marital Status (If Married age at marriage): No. of Children:.....

Subject:

Place of work and designation (present):.....

.....

ORIGINAL DOCUMENT:

1. Date of Birth (High School Mark Sheet): Attached / Not Attached
2. MBBS Mark sheets: Attached / Not Attached
3. MBBS Degree: Attached / Not Attached
Year:..... College:MCI Recognized: .YES/NO
4. Registration of MBBS: Attached / Not Attached
5. Internship Completion Certificate: Attached / Not Attached
6. PG Degree(In same subject): Attempt: (Attempt certificate – Attached/Not Attached)
Subject: Year: College:.....
7. DM/ MCh Degree(In same subject): Attempt: (Attempt certificate – Attached/Not Attached)
Subject: Year: College:.....
8. MBBS (MP STATE MEDICAL COUNCIL) Registration No. :
9. Post Graduation (MP STATE MEDICAL COUNCIL) Registration No.:
10. Certificate issued by Dean after PG: Attached / Not Attached
11. Certificate of teaching experience as Professor/Associate Professor/Assistant Professor/others:

S. NO.	POST	MEDICAL COLLEGE	DURATION
1.	Professor		
2.	Associate Professor		
3.	Assistant professor		
4.	Senior resident/Other		

1. Publications in National/International, Index journals as per MCI As 1st /2nd /Corresponding Author. (Publication Enclosed)

S.NO.	DESIGNATION AT TIME OF PUBLICATION	DATE OF PUBLICATION
1	Professor	
2	Associate Professor	
3	Assistant Professor	
4	Other	

12. Certificate of Award if have:
13. Certificate of Fellowship: Subject..... Duration:.....
14. For Bonded Candidate, NOC if bond completed/paid bond amount or Joining Letter if working for MP Government. Attached / Not Attached
15. Caste Certificate by Competent Authority: Attached / Not Attached
16. MP Domicile (Yes/No) Certificate: Attached / Not Attached
17. Employers NOC if in Service (Government/Semi Government/Private): Attached / Not Attached
18. Identity Card (Adhar Card/PAN Card/Driving licence /Voter ID): Attached / Not Attached

Note:

1. For Bonded Candidate, if document deposited in college, bring Certificate issued by dean for documents deposited in the institute and self-attested copy of documents deposited in Institute.
2. NOC is not required for candidate applied in same Institute in which he/she work.

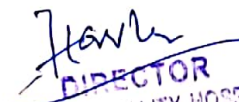
(Name & Signature)

Scrutiny Officer

Name :-

Signature :-

Date


DIRECTOR
SUPER SPECIALITY HOSPITAL
NSCB MEDICAL COLLEGE JALALPUR

CHECK LIST - 02

FACULTY PROFORMA FOR SCRUTINY & APPROVAL OF PUBLICATION

NAME		PRESENT DESIGNATION & DEPARTMENT	DATE OF JOINING	PROMOTION FOR POST OF			
S. NO.	PUBLICATION TITLE & NAME OF JOURNAL	NATURE OF PUBLICATION ie. ONLY ORIGINAL RESEARCH ARTICLES/ PAPERS	AUTHOR NUMBER FIRST/SECOND/THIRD/ CORRESPONDING*	PRINT/ ONLINE/ BOTH	INDEXING IN WHICH SITE AS PER MCI NORMS	JOURNAL TYPE NATIONAL/ INTERNATIONAL	APPROVED AS PER NORMS BY SCUTINY COMMITTEE YES / NO

NOTE :- * ARTICLE PUBLICATION CRITERIA WILL BE AS PER MCI/NMC NORMS.

Handwritten Signature
DIRECTOR
 SUPER SPECIALITY HOSPITAL
 NSCB MEDICAL COLLEGE JABALPUR

NAME & SIGNATURE OF CANDIDATE
 DATE:-

कार्यालय संचालक :: सुपरस्पेशलिटी हॉस्पिटल
मेडिकल कॉलेज जबलपुर

दिनांक 2 /03/2023

क्रमांक/स्था/राज/23/592

प्रति,

प्रभारी अधिकारी
आई.टी. सेल
नेताजी सुभाष चंद्र बोस
मेडिकल कॉलेज जबलपुर

विषय:-

विज्ञप्ति सूचना चिकित्सा महाविद्यालय की बेबसाईट पर अपलोड करने बाबत।

संदर्भ:-

इस कार्यालय की विज्ञप्ति सूचना क्रमांक/स्था/राज/2023/591, जबलपुर
दिनांक:-02/03/2023

उपरोक्त विषयांतर्गत लेख है कि संदर्भित विज्ञप्ति सूचना को, संभागायुक्त महोदय जबलपुर द्वारा अनुमोदन प्राप्त हो चुका है।

अतः उपर्युक्त विज्ञप्ति सूचना को महाविद्यालय की बेबसाईट पर अपलोड करने संबंधी आवश्यक कार्यवाही करने कष्ट करें।

संलग्न:-

इस कार्यालय की विज्ञप्ति सूचना क्रमांक/स्था/राज/2023/591, जबलपुर
दिनांक:-02/03/2023 की मूल प्रति।

Hawh

संचालक
सुपरस्पेशलिटी हॉस्पिटल
मेडिकल कॉलेज जबलपुर