

आवेदन का प्रारूप

महात्मा गांधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय (स्वशासी संस्था), इंदौर

पदनाम..... साइंटिस्ट

1	Candidate, Name	
2	Father/Husband's Name	
3	Date of Birth	
4	Age	Year.....Month.....Day.....
5	Category (UR EWS OBC SC,ST)	
6	Correspondance Address	
7	Permanent Address	
8	Mobile No.	
9	Email ID	
10	Adhar No	
11	NOC from existing Employer	
12	Qualification's	
13	Experience	

दिनांक

नोट :- अभिलेखों की स्वयं सत्यापित प्रति संलग्न करें ।

आवेदक /आवेदिका हस्ताक्षर