

महात्मा गांधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर

क्रमांक/5717 कोविड-19/एनएचएम/भुप.स्पे./2021

इन्दौर, दिनांक:- 12/04/2021

// कोविड-19 की रोकथाम के लिये अतिरिक्त अस्थाई मानव संसाधन हेतु वॉक-इन-इंटरव्यू //

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन म.प्र. भोपाल के पत्र क्रमांक एनएचएम/एचआर/2020/7016 दिनांक 28.05.2020 के द्वारा प्रदत्त स्वीकृति के अनुक्रम में इस चिकित्सा महाविद्यालय के अधीन कोविड-19 महामारी की रोकथाम हेतु नवनिर्मित सुपर स्पेशलिटी हॉस्पिटल की एच.डी.यू./आईसोलेशन वार्ड/आई.सी.यू. हेतु मानव संसाधन की आवश्यकता को दृष्टिगत रखते हुये संचालनालय, स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र. भोपाल के पत्र क्रमांक/आई.डी.एस.पी./2020/288 दिनांक 25.03.2020 एवं आयुक्त लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग भोपाल के आदेश क्र./आईडीएसपी/2020/505 दिनांक 20.04.2020 द्वारा कोविड-19 महामारी की रोकथाम हेतु दिये गये दिशा निर्देशों के अनुसार राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मध्यप्रदेश के पत्र क्रमांक/एन.एच.एम./एच.आर./सेल-1/2021 6588 भोपाल दिनांक 12.04.2021 द्वारा कोविड 19 की रोकथाम के लिये अतिरिक्त अस्थाई मानव संसाधन की दिनांक 10.04.2021 से 31.05.2021 तक स्वीकृति दिये जाने के फलस्वरूप निम्नलिखित पदों पर मासिक मानदेय पर 31.05.2021 माह की अवधि के लिये जिसे आवश्यकता होने पर घटाया या बढ़ाया जा सकता है पूर्णतः अस्थाई रूप से सेवायें ली जाना है।

| स. क्र. | पदनाम | योग्यता | मासिक मानदेय प्रतिमाह | पदसंख्या |
|---------|--|---|--|----------|
| 1 | स्नातकोत्तर चिकित्सा अधिकारी (डिग्री/डिप्लोमा) विषय विशेषज्ञ | एम.डी. मेडिसिन | 1. 1,25,000/- (डिग्री) 2. 1,10,000 -(डिप्लोमा) एन.एच.एम. द्वारा अन्य सुविधायें उपलब्ध कराई जाने पर देय होगी। | 12 |
| 2 | स्नातकोत्तर चिकित्सा अधिकारी (डिग्री/डिप्लोमा) विषय विशेषज्ञ | एम.डी. एनेस्थिसिया | 1. 1,25,000/- (डिग्री) 2. 1,10,000 -(डिप्लोमा) एन.एच.एम. द्वारा अन्य सुविधायें उपलब्ध कराई जाने पर देय होगी। | 12 |
| 3 | चिकित्सा अधिकारी | एम.बी.बी.एस. (मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय) एवं मध्यप्रदेश मेडिकल कौंसिल में जीवित पंजीयन। | 60,000/- | 40 |

नोट:-

1. यह सेवायें पूर्ण रूप से अस्थाई होंगी एवं आकस्मिक सेवाओं के रूप में ली जा रही हैं। अतः इन सेवाओं को नियमित अथवा संविदा सेवा के लिये किसी भी दशा में मान्य नहीं किया जाएगा।
2. यह सेवायें किसी भी प्रकार की शासकीय नियुक्ति नहीं है और ना ही इसके आधार पर कोई स्वत्व उत्पन्न होंगे।
3. यह सेवायें एक निश्चित समयावधि दिनांक 31.05.2021 तक के लिये ली जा रही हैं जिसे आवश्यकता होने पर बढ़ाया घटाया जा सकेगा। अतः निर्धारित अवधि पश्चात आदेश स्वतः समाप्त माना जावेगा।

विज्ञप्ति एवं आवेदन का प्रारूप चिकित्सा महाविद्यालय की वेबसाईट www.mgmmcindore.in पर उपलब्ध है। आवेदन का प्रारूप वेबसाईट से प्राप्त कर आवेदन पत्र समस्त दस्तावेजों की स्वप्रमाणित छायाप्रतियां सलग्न कर कार्यालयीन दिवस में प्रतिदिन प्रातः 11:30 बजे से दोप. 03:00 बजे तक कॉलेज ऑडिटोरियम के सम्मुख निर्धारित स्थान पर जमा करावें।

मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता
महात्मा गांधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर

राजस्थान प्रशासिक सेवा आयोग द्वारा आयोजित होने वाले परीक्षाओं के लिए आवेदन-पत्र
Application Form for Recruitment to Rajasthan Administrative Service

1. उम्मीदवार का नाम: _____
 2. पता: _____
 3. जन्म तिथि: _____
 4. शैक्षणिक योग्यता: _____

Attested

5. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 6. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 7. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 8. आवेदन शुल्क का नाम: _____

9. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 10. आवेदन शुल्क का नाम: _____

11. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 12. आवेदन शुल्क का नाम: _____

13. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 14. आवेदन शुल्क का नाम: _____

15. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 16. आवेदन शुल्क का नाम: _____

17. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 18. आवेदन शुल्क का नाम: _____

19. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 20. आवेदन शुल्क का नाम: _____

21. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 22. आवेदन शुल्क का नाम: _____

23. आवेदन शुल्क का नाम: _____
 24. आवेदन शुल्क का नाम: _____

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

25. आवेदन शुल्क का नाम: _____

26. आवेदन शुल्क का नाम: _____

27. आवेदन शुल्क का नाम: _____

28. आवेदन शुल्क का नाम: _____

29. आवेदन शुल्क का नाम: _____

आवेदन शुल्क का नाम: _____

30. आवेदन शुल्क का नाम: _____

31. आवेदन शुल्क का नाम: _____

32. आवेदन शुल्क का नाम: _____

33. आवेदन शुल्क का नाम: _____

आवेदन शुल्क का नाम: _____

M.G.M. MEDICAL COLLEGE, INDORE

CHECK LIST FOR POST OF

| Subject | Name of candidate | Age | Category | Attempts |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------|----------|
| List of documents to be checked: | | | | |
| 1. | Date of Birth (High School Marksheet) | | | |
| 2. | MBBS mark sheet, | Marks obtained | | |
| | I Prof | | | |
| | II Prof | | | |
| | Pre-final | | | |
| | Final | | | |
| 3. | MBBS Degree | Total | | |
| 4. | M.D. | | | |
| | Attempts if any | | | |
| 5. | M.D. / M.S. Degree/ Diploma | | | |
| 6. | Extra qualifications | | | |
| 7. | Post P.G. Teaching Experience | | | |
| 8. | Publications in indexed Journals Nos. | | | |
| 9. | Caste Certificate | | | |
| 10. | Domicile Certificate (M.P.) | | | |
| 11. | M.B.B.S. Registration No. (State) | | (State Council) | |
| 12. | M.D. Registration No. (State) | | (State Council) | |
| 13. | Employer's NQC | | | |

Declaration: I hereby declare that I am working / Not working in any Govt / Semi Govt Institution at present.

Remark

(Name & Signature of Candidate)

प्रति,

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
म.गो.स्म.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय
स्वशास्त्री संस्था, इन्दौर

जूनियर रेसीडेन्ट के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

आवेदित पद..... विभाग.....

अभिप्रेत

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

1. बैंक ड्राफ्ट - क्र
दिनांक राशि
2. बैंक का नाम
3. आवेदक का नाम
4. पुरुष/महिला
5. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
6. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं
7. स्थाई पता.....
शहर का नाम..... फोन नं.....
मोबाइल नं.....
8. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अकसूची संलग्न करें).....
9. दिनांक 01.04.2012 को आवेदक की आयु दिन माह वर्ष
10. वर्ग : सामान्य / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग / विकलांग (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें)
11. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनांक.....
12. (एम.बी.बी.एस. / एम.डी. / एम.एस.)
13. इंटर्नशिप पूर्णता की दिनांक:
14. एम.डी./एम.एस./एम.डी.एस. उत्तीर्ण करने का दिनांक:
15. शैक्षणिक योग्यताएं:- (प्रमाण-पत्र एवं अकसूची 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 | |
| 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।

14. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची -----

स्थान.....
दिनांक.....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

// प्रमाण-पत्र //

मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्णतः 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 म. गौ. स्मृ. चिकित्सा महाविद्यालय इंदौर के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बंधनकारक होंगे।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

M.G.M. MEDICAL COLLEGE, INDORE

CHECK LIST FOR POST OF

Subject

Name of candidate

Age

Category

List of documents to be checked:

- 1- Date of Birth (High School Marksheet)
- 2- MBBS mark sheet, - Marks obtained Attempts
I Prof
II Prof
Pre-final
Final
Total %
- 3- MBBS Degree
- 4- M.D.
Attempts if any
- 5- M.D. / M.S. Degree / Diploma
- 6- Extra qualifications
- 7- Post P.G. Teaching Experience
- 8- Publications in indexed journals Nos.
- 9- Caste Certificate
- 10- Domicile Certificate (M.P.)
- 11- M.B.B.S. Registration No. (State) (State Council)
- 12- M.D. Registration No. (State) (State Council)
- 13- Employer's NOC

Remark:

(Name & Signature of Scrutiny Officer)

JR

UNDERTAKING

I Dr. _____ hereby declare that I have cleared my M.B.B.S. examination in following attempts: First Prof _____ Second Prof _____ Final Prof (Part-I) _____ Final Prof (Part II) _____ & MD / MS examination in _____ attempt.

In case the candidate is not registered with Medical Council (M.P. / MCI)

I will submit my Medical Council Registration it at the time of joining.

All the information given by me is true & correct and if any information is found to be incorrect or if I could not submit my registration certificate, my selection for the post of _____ Resident can be cancelled.

Name & Signature of the Candidate