

# बाबा कीनाराम स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय ,चंदौली ।

नॉन पी0जी0 जूनियर रेजीडेंट (हास्पिटल एडमिनिस्ट्रेशन) के पद हेतु आवेदन फार्म

1. अभ्यर्थी का नाम: \_\_\_\_\_
2. पिता का नाम: \_\_\_\_\_
3. माता का नाम: \_\_\_\_\_
4. जन्म तिथि: \_\_\_\_\_
5. स्थाई पता: \_\_\_\_\_
6. पत्र व्यवहार का पता: \_\_\_\_\_
7. दूरभाष नम्बर: \_\_\_\_\_
8. ईमेल आईडी: \_\_\_\_\_
9. श्रेणी: \_\_\_\_\_

फोटोग्राफ  
(स्वप्रमाणित)

शैक्षणिक विवरण: (MBBS/BDS एवं किसी भी चिकित्सकीय संस्थान से 02 वर्षीय पूर्णकालिक पी0जी0 डिग्री-मास्टर्स इन हास्पिटल एडमिनिस्ट्रेशन)

| महाविद्यालय का नाम | विरव विद्यालय का नाम | उत्तीर्ण वर्ष | अतिरिक्त प्रयास की संख्या<br>No. Of Attempt | प्राप्तांक | पूर्णांक | प्रतिशत |
|--------------------|----------------------|---------------|---------------------------------------------|------------|----------|---------|
| -                  | -                    | -             | -                                           | -          | -        | -       |
| -                  | -                    | -             | -                                           | -          | -        | -       |

अनिवार्य प्रमाण-पत्र का विवरण:- 1-हाई स्कूल मार्कशीट/प्रमाण पत्र, 2-एम0बी0बी0एस0/बी0डी0एस0 सनरक्त प्रोफेशनल की मार्कशीट, 3-डिग्री, 4- MCI, NMC/DCI, NDC रजिस्ट्रेशन, 5-इन्टर्नशिप प्रमाण पत्र, 6-Attempt Certificate, 7-जाति प्रमाण पत्र (यदि लागू हो)।

नान पी0जी0 जूनियर रेजीडेंट (हास्पिटल एडमिनिस्ट्रेशन) के अनुभव का विवरण (यदि हो तो)

| महाविद्यालय/हास्पिटल का नाम | कार्यकाल अवधि |
|-----------------------------|---------------|
|                             |               |

मैं \_\_\_\_\_ यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिया विवरण पूर्ण रूप से सत्य है, यदि कुछ गलत पाये जाने पर मेरा आवेदन निरस्त किया जाता है तो उसकी सम्पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी तथा महाविद्यालय द्वारा जो भी कार्यवाही की जायेगी वह मुझे गान्य होगी।

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर