

## आवेदन का प्रारूप

(नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।)

» आवेदन शुल्क ( अनारक्षित श्रेणी हेतु रु.1100/-, अजा,अजजा. हेतु 900/- अपिव एवं EWS के लिये 1000/-

» आवेदित पद का नाम : .....



1. आवेदक का नाम .....

2. पुरुष/महिला .....

3. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....

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

(दिनांक 01.01.2023 के अनुसार) आयु .....वर्ष ..... माह ..... दिवस

5. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....

.....

मोबाइल नं.....ईमेलआईडी.....

6. स्थाई पता.....

.....

मोबाइल नं.....

7. आधार कार्ड नम्बर .....

8. विवाहित/अविवाहित.....विवाह होने पर संतानों की संख्या.....

विवाह की तिथि .....

9. मध्यप्रदेश फार्मैसी काउंसिल का पंजीयन क्रमांक एवं दिनांक तिथि .....

10. वर्ग: अनारक्षित/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य पिछड़ा वर्ग .....(आरक्षित

श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी जाति प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करें।

11. शैक्षणिक योग्यताएं :- (प्रमाण पत्र एवं अंकसूची को स्वप्रमाणित सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें) पद के अनुसार योग्यता अंकित करें।

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

(प्रत्येक वर्ष का पृथक-पृथक भरे)

12. शासकीय सेवा अनुभव :- छायाप्रति संलग्न करें।

क्रमांक	पदनाम	पद पर कार्यभार ग्रहण का दिनांक	अनुभव वर्ष / माह / दिन	सक्षम पदनाम	अधिकारी
1					
2					
3					

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

13. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची (स्वप्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न करें)। (जो भी लागू हों)।

1. जन्मतिथि के लिये कक्षा 10वीं की अंकसूची।
2. कक्षा 12वीं की अंकसूची।
3. संबंधित विषय में डिग्री/डिप्लोमा।
4. स्नातक अंकसूची प्रथम/द्वितीय/तृतीय/चतुर्थ/पंचम वर्ष।
5. स्नातक डिग्री।
6. स्नातकोत्तर अंकसूची प्रथम/द्वितीय/तृतीय/चतुर्थ वर्ष।
7. स्नातकोत्तर डिग्री।
8. म.प्र. नर्सिंग काउंसिल भाँपाल का जीवित पंजीयन प्रमाण पत्र।
10. निर्धारित आयु के पूर्व विवाह न होने तथा 26.01.2001 के पश्चात तीसरी संतान न होने का नोटरी द्वारा अभिप्रमाणित शपथ-पत्र संलग्न करें।  
नोट:- (विवाहित/अविवाहित सभी अभ्यर्थियों हेतु अनिवार्य)।
11. आरक्षित श्रेणी के उम्मीदवारों हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जाति प्रमाण पत्र एवं आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा प्रमाण-पत्र।
12. स्थानीय निवास प्रमाण पत्र।
13. आय प्रमाण पत्र।
14. आधार कार्ड।
15. सक्षम अधिकारी द्वारा जारी संबंधित पद का कार्यानुभव।

»आवेदन शुल्क अनारक्षित श्रेणी हेतु-1100/- (ग्यारह सौ रुपये), अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजाति हेतु 900/- (नौ सौ रुपये), एवं अन्य पिछड़ा वर्ग (केवल गैर क्रीमी लेयर) तथा अनारक्षित (आर्थिक रूप से कमजोर संवर्ग) के लिये 1000/- (एक हजार रुपये),

:—आर.टी.जी.एस. स्टेट बैंक ऑफ इंडिया मेडिकल कॉलेज जबलपुर

{IFSC:-SBIN001445} (Account. no. 10080130054) (N.S.C.B. Medical college Jabalpur) के नाम से कर रसीद संलग्न करें। रसीद क्र एवं दिनांक .....

:—अथवा डिमांड ड्राफ्ट मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता नेताजी सुभाष चंद्र बोस मेडिकल कालेज जबलपुर के नाम देय से प्रस्तुत होगा. डिमांड ड्राफ्ट की मूलतः संलग्न करें।

// 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 भी अपराध में किसी न्यायालय द्वारा न तो दोषी पाया गया है और न ही मेरे विरुद्ध इस प्रकार कोई प्रकरण किसी भी न्यायालय में विचाराधीन है।

स्थान .....

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर

दिनांक .....