

# महात्मा गॉधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर

क्रमांक-----स्था/वि/स्व/११

इन्दौर, दिनांक

// विज्ञापन //

म.प्र.शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग के पत्र क्रं. ३४८३/३००३/२०११/१/५५ भोपाल दि. २०.१०.११ में प्रदत्त अनुमति अनुसार महात्मा गॉधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय, स्वशासी संस्था, इन्दौर में पूर्व से निर्धारित चयन प्रक्रिया के आधार पर प्रदर्शकों (स्वशासी नियमित) के निम्नांकित रिक्त पदों को भरे जाने के लिए निर्धारित प्रारूप में **वॉक-इन-इंटरव्यू** हेतु आवेदन आमंत्रित किए जाते हैं। चयन उपरांत इनकी पदस्थापना आवश्यकतानुसार अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी द्वारा किसी भी विभाग में की जा सकती है।

प्रदर्शक (वेतनमान - रु.१५६००-३६१०० + ग्रेड पे रु.५४००)

क्र.	कुल पद संख्या	अनारक्षित	अनु. जाति	अनु. जनजाति	अ.पि.वर्ग
१	०६	०५	-	-	०१

नोट: पदों की रिक्तियों की संख्या में कमी या वृद्धि या निरस्त हो सकती है। आवश्यकता होने पर लिखित परीक्षा ( स्क्रीनिंग टेस्ट ) का आयोजन किया जा सकेगा।

प्रदर्शक पद हेतु **वॉक इन इंटरव्यू** नोटिस जारी होने के उपरान्त प्रथम बार ०८ नवंबर २०११ मंगलवार (कार्य दिवस) को प्रातः ०६.०० बजे से ११.०० बजे तक साक्षात्कार हेतु आवेदन पत्र मय बैंक ड्राफ्ट अभिलेखों/प्रमाण पत्रों की छायाप्रति सहित महात्मा गॉधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर के कार्यालय में प्रातः प्राप्त किये जावेंगे। प्रातः ११.०० बजे से आवेदन पत्र एवं प्रमाण पत्रों की स्कूटनी का कार्य आरम्भ होगा। मूलप्रति तथा अभिप्रमाणित छायाप्रतियों के साथ आवेदक को उपस्थित होना अनिवार्य होगा। इस हेतु पृथक से कोई सूचना नहीं दी जावेगी। रिक्तियों शेष रहने पर दिनांक ०८.११.११ के उपरान्त प्रत्येक सोमवार को (कार्य दिवस) में **वॉक-इन-इंटरव्यू** के माध्यम से पदपूर्ति की कार्यवाही समस्त पद भरे जाने तक निरंतर जारी रहेगी।

शर्तें : यह नियुक्ति निम्न शर्तों के अधीन होगी:-

१. **अवधि** : यह नियुक्ति स्वशासी संस्था महात्मा गॉधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय इन्दौर के अंतर्गत होगी, किन्तु नियुक्ति २ वर्ष की परिवीक्षा पर होगी। परिवीक्षा अवधि सफलता पूर्वक पूर्ण करने पर नियुक्ति नियमित की जावेगी।

२. **आयु सीमा** : उम्मीदवार की अधिकतम आयु सीमा ३५ वर्ष निर्धारित है। इस संबंध में म.प्र. शासन सामान्य प्रशासन विभाग द्वारा विभिन्न वर्गों को दी गई नियमानुसार छूट की पात्रता होगी। अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/ अन्य पिछड़ा वर्ग के अभ्यर्थियों को आयु सीमा में ०५ वर्ष की छूट एवं महिलाओं के लिये १० वर्षों की छूट की पात्रता होगी। अतः आयु सीमा की गणना निम्नानुसार होगी :-

- पुरुष आवेदक (अनारक्षित) : ३५ वर्ष
- पुरुष आवेदक ( अजा/अजजा/ अपिव) : ४० वर्ष
- महिला आवेदक (अनारक्षित) : ३५+१० वर्ष = ४५ वर्ष
- महिला आवेदक ( अजा/अजजा/ अपिव) : ३५+०५+१० वर्ष = ५० वर्ष
- विधवा, परित्यगता, तलाकशुदा महिला आवेदक (अनारक्षित) : ३५+०५+१० वर्ष = ५० वर्ष
- विधवा, परित्यगता, तलाकशुदा महिला आवेदक (आरक्षित) : ३५+०५+१०+०५ वर्ष = ५५ वर्ष

३. **नियुक्ति का तरीका** : नियुक्ति चयन समिति की अनुशंसा पर नियुक्तकर्ता अधिकारी द्वारा की जावेगी।
४. **आवेदन शुल्क** : के पद हेतु अभ्यर्थियों को अपने आवेदन के साथ रु. ७००/- (सात सौ) एवं आरक्षित वर्ग के अभ्यर्थियों को रु. ३५०/- (तीन सौ पचास)। राशि का बैंक ड्राफ्ट मुख्य कार्यपालन अधिकारी, म.गों.स्मृ.चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर के नाम देय होना चाहिये। आवेदन पत्र संस्था की वेबसाईट [www.mgmmcindore.co.in](http://www.mgmmcindore.co.in) से डाउनलोड किये जा सकते हैं। इंटरनेट से डाउनलोड करने पर भी निर्धारित बैंक ड्राफ्ट आवेदन पत्र के साथ संलग्न करना अनिवार्य है। बैंक ड्राफ्ट के पीछे अभ्यर्थी को पूरा नाम, विषय का नाम, पता एवं फोन नं. लिखना आवश्यक है। किसी भी अवस्था में राशि लौटायी नहीं जावेगी।
५. **शैक्षणिक योग्यता:-**  
किसी भी मान्यता प्राप्त संस्था से एम.बी.बी.एस. डिग्रीधारी उम्मीदवार होना अनिवार्य है। मध्यप्रदेश के किसी भी चिकित्सा महाविद्यालय से उत्तीर्ण चिकित्सकों को प्राथमिकता दी जाएगी। संस्था द्वारा कदाचार के कारण पूर्व में सेवा समाप्त उम्मीदवार को आवेदन करने की पात्रता नहीं होगी।
६. **यात्रा भत्ता** :- साक्षात्कार के लिये किसी भी अभ्यर्थी को यात्रा भत्ता नहीं दिया जावेगा।

#### **अन्य शर्तें :**

1. आरक्षित श्रेणी के उम्मीदवारों को तत्संबंध का प्रमाण पत्र निर्धारित प्रारूप में सक्षम अधिकारी म.प्र. द्वारा प्रदत्त की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य है।
2. म.प्र. के मूल निवासी को ही आरक्षण का लाभ दिया जावेगा।
3. उम्मीदवार को शैक्षणिक योग्यता के प्रमाण पत्रों की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगी।
4. सेवा की अन्य शर्तें नियुक्ति पत्र में दर्शाये अनुसार बंधनकारी होगी।
5. आवेदन पत्र प्रस्तुत करने के साथ ही जिस संस्था में कार्यरत है उस संस्था का अनापत्ति/त्यागपत्र स्वीकृति प्रमाण पत्र प्रस्तुत करना होगा।
6. उम्मीदवार को म.प्र. राज्य मेडिकल कौंसिल अथवा मेडिकल कौंसिल ऑफ इंडिया से पंजीयन कराना अनिवार्य होगा।
7. चयनित प्रदर्शक को प्रशासन द्वारा सी.एम.ओ. ड्यूटी सहित अन्य सौंपे गये किसी भी प्रकार के कार्य का संपादन करना होगा।

साक्षात्कार के समय उपरोक्त समस्त प्रमाण पत्रों की मूल प्रतियाँ प्रस्तुत करनी होगी।

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी  
म.गों.स्मृ.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय  
स्वशासी संस्था, इन्दौर  
इन्दौर, दि.

क्रमांक/ /स्था/२०११

#### **प्रतिलिपि:**

१. प्रमुख सचिव, म.प्र.शासन, चिकित्सा शिक्षा विभाग मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल।
२. संचालक, चिकित्सा शिक्षा, म.प्र. भोपाल की ओर सूचनार्थ प्रेषित।
३. समस्त विभागाध्यक्ष को सूचनार्थ।

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी  
म.गौ.स्मृ.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय  
स्वशासी संस्था, इन्दौर

प्रति,

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी  
म.गों.स्मृ.चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय  
स्वशासी संस्था, इन्दौर

प्रदर्शक के पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन-पत्र

नोट: सभी जानकारी आवेदक द्वारा पूर्ण की जावे।

अभिप्रमाणित

१. बैंक ड्राफ्ट - क्रं .....  
दिनांक ..... राशि .....
- बैंक का नाम - .....
- .....
२. आवेदक का नाम .....
- .....
३. पुरुष/महिला .....
- .....
४. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
- .....
५. वर्तमान निवास स्थान का पता (पिनकोड सहित).....
- .....
- .....
- शहर का नाम..... फोन नं.....
- .....
- मोबाइल नं.....ईमेलआईडी.....
- .....
६. स्थाई पता.....
- .....
- .....
- शहर का नाम..... फोन नं.....
- .....
- मोबाइल नं.....
- .....
७. जन्मतिथि (हाईस्कूल परीक्षा की अंकसूची संलग्न करें).....
- .....
८. दिनांक ०१.११.२०११ को आवेदक की आयु .....दिन ..... माह ....
- ..... वर्ष
९. वर्ग : अनारक्षित / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछडा वर्ग / विकलांग ..... (आरक्षित श्रेणी हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा जारी प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें )

१०. मेडिकल काउन्सिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम तथा दिनोंक .....  
..... (एम.बी.बी.एस.)

११. इंटरनशीप पूर्णता की दिनोंक: .....

१२. शैक्षणिक योग्यताएँ:- (प्रमाण-पत्र एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

क्रं	परीक्षा का नाम	संस्था/बोर्ड / वि.वि.	वर्ष	विषय	प्राप्तांक / पूर्णांक	एम.बी.बी.एस. के कुल प्राप्तांक/प्रतिशत	प्रयास (Attempt)
१	२	३	४	५	६	७	

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 ; जजमउचजख प्रमाण पत्र अधिष्ठाता द्वारा प्रदत्त हो संलग्न करें।

१३. संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची -----

स्थान.....

आवेदक का पूरा

नाम एवं हस्ताक्षर

दिनोंक.....

//घोषणा-पत्र//

मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्णत 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.स्मू.चिकित्सा महाविद्यालय इंदौर के नियम एवं प्रावधान पूर्ण रुपेण बंधनकारक होंगे।

आवेदक का पूरा नाम एवं हस्ताक्षर