

भोपाल स्मारक अस्पताल एवं अनुसंधान केन्द्र
BHOPAL MEMORIAL HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE
(A 350 Bed Super- Specialty Hospital, Indian Council of Medical Research (ICMR),
Department of Health Research (MoH & FW), Govt. of India)
Affiliated with MP Medical Science University, Jabalpur

_____ के पद के लिए आवेदन किया
Application for the post of _____

Affix a
recent Pass
Port size
Photograph

डिमांड ड्राफ्ट का विवरण/Details of Demand Draft	आवेदकों की श्रेणी पर निशान लगाएं/ Tick the Applicants Category
डीडी क्र./DD No. <input type="text"/>	सामान्य/ General <input type="checkbox"/> अनुसूचित जाति/SC <input type="checkbox"/>
दिनांक/Dated : <input type="text"/>	अनु.जनजाति/ ST <input type="checkbox"/> अन्य पिछडा वर्ग/ OBC <input type="checkbox"/>
बैंक का नाम/ Name of Bank <input type="text"/>	आर्थिक रूप से कमजोर/ EWS <input type="checkbox"/>
	दिव्यांग/Physically Handicapped <input type="checkbox"/>
	(Enclose proof of Caste Certificate issued by Competent Authority)

1. आवेदक का नाम /Name of the Applicant : _____

2. लिंग/ Sex : पुरुष/महिला (Male / Female)

3. वैवाहिक स्थिति/Marital Status: वैवाहिक Married / अवैवाहिक Unmarried

4. पिता का नाम/ Father's Name : _____

5. पति/पत्नी का नाम Name of the Spouse : _____

6. जन्म तिथि/Date of Birth : _____ आयु/Age as on 30/10/2023

Year	Months
------	--------

7. वर्तमान पता/Present Address : _____

: _____

: _____

Mobile No. _____

Email : _____

8. स्थायी पता/Permanent Address : _____

: _____

: _____ Mobile No. : _____

// 2 //

9. राष्ट्रियता/Nationality : _____ 10. आधार नं./ UID No. _____

11. शैक्षणिक योग्यता: (डिग्री/डिप्लोमा प्रमाण पत्र और मार्कशीट की फोटोकॉपी संलग्न करें)/

Educational Qualification : (Enclose photocopies of degree/diploma certificates & mark sheets)

परीक्षा का नाम/ Name of Examination	अधिकतम अंक/Max. Marks	प्राप्त अंक/Marks Obtained	अंकों का %/ % of Marks	उत्तीर्ण करने का महीना और वर्ष/ Month & Year of Passing	कॉलेज और वि.विद्यालय/ College & University	पुरस्कार/वि शिष्टता/ Awards/ Distinction

12. स्थायी राज्य पंजीकरण परिषद विवरण: (यदि लागू हो) /

Permanent State Registration Council Details : (if applicable)

राज्य परिषद का नाम /Name of the State Council: _____

पंजीकरण संख्या /Registration No. _____ स्थान/Place _____

Contd. ...

13. वर्तमान गतिविधियां /Current Activities:

14. अनुभव: (कार्य अनुभव प्रमाण पत्र की प्रतियां संलग्न करें) /**Experience : (Enclose copies of Work Experience Certificates)**

Name of the Present & Previous Employer with Address / Contact Nos.	Present / Previous Post	Period		Nature of Work
		From	To	

(Use separate sheet if space is inadequate)

15. आवेदक के कार्य को जानने वाले दो व्यक्तियों के संदर्भ का नाम और पता /**Name and address of references of two persons knowing the applicant's work :**

नाम/Name	पद/ Designation	विभाग/Department

16. बीएमएचआरसी में रिश्तेदारों का विवरण यदि कोई हो/Details of relatives in BMHRC if any :

नाम/Name	पद एवं विभाग/Post & Department	मोबाइल नंबर और ई-मेल/ Mobile No. & e-mail

17. घोषणा: (केवल ओबीसी श्रेणी के उम्मीदवारों के लिए) /

Declaration : (Only for OBC category candidates)

“I, _____ son/daughter of Shri. _____ resident of _____ Village/town/City _____ District _____ State _____ hereby declare that I belong to the _____ Community which is recognized as backward class by the Government of India for the purpose of reservation in service as per orders contained in the Department of Personnel and Training Office Memorandum No. 36012/22/93-Rest. (SCT) dated 8.9.1993. It is also declared that I do not belong to persons/ sections (Creamy Layer) mentioned in column 3 of the Schedule to the above referred Office Memorandum dated 8.9.1993 and its subsequent revision through OM No. 36033/3/2004-Estt.(Res) dated 9.3.2004 and 14.10.2010 and OM No. 36033/01/2013-Estt.(Res.) dated 27.05.2013.

18. कोई अन्य जानकारी जो आप जोड़ना चाहते हैं / **Any other information you wish to add :**

17. Check List : (Please tick in the box given below as proof of enclosures). All Certificates must be self attested and be attached in the following order :

- | | | | |
|---|-------|---|--------------------------|
| * Certificate in support of age (10th) | _____ | → | <input type="checkbox"/> |
| * Degree of concerned specialty | _____ | → | <input type="checkbox"/> |
| * Diploma/ PG Degree | _____ | → | <input type="checkbox"/> |
| * Registration with State Council | _____ | → | <input type="checkbox"/> |
| * SC/ST/OBC/EWS/PH certificate in prescribed format of Govt. of India | _____ | → | <input type="checkbox"/> |
| * Experience Certificate (if any) | _____ | → | <input type="checkbox"/> |
| * No Objection Certificate (if the candidate is already in Service) | _____ | → | <input type="checkbox"/> |

घोषणा/ DECLARATION

में, _____ घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा इस आवेदन पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है और कोई भी संबंधित जानकारी छिपाई नहीं गई है। मुझे पता है कि यदि उपरोक्त में से कोई भी कथन गलत पाया जाता है या किसी भी महत्वपूर्ण जानकारी या प्रासंगिक विवरण को गलत बताया गया है, छुपाया गया है या छोड़ा गया है, तो मैं नियुक्ति के लिए अयोग्य ठहराया जा सकता हूँ और यदि मैं नियुक्त किया गया तो मेरी नियुक्ति निरस्त कर दी जाएगी।”

I, _____ declare that the information furnished above is true and correct to the best of my knowledge and belief and no related information is concealed. I am aware that if any of the above statements are found to be incorrect or false or any material information or particulars of relevance have been misstated, suppressed or omitted, I am liable to be disqualified for appointment and if appointed, my appointment will be liable to be terminated.”

स्थान/Place : _____

दिनांक/Date : _____

(आवेदक के हस्ताक्षर/ **Signature of the applicant**)