

सेवा में,

चिकित्सा अधीक्षक,

वीएमएमसी एवं सफदरजंग अस्पताल,

नई दिल्ली

अनुबंध-।

पासपोर्टआकार की  
नवीनतम फोटो  
चिपकायें

..... विभाग में वरिष्ठ निवासी पद के लिए आवेदन पत्र ।

1. आवेदक का नाम (बड़े अक्षरों में) : .....
2. लिंग : .....
3. पिता/पति का नाम : .....
4. जन्म की तारीख/आयु : .....
5. एससी/एसटी/ओबीसी/यूआर : .....
6. शारीरिक विकलांगता : हां / नहीं
7. राष्ट्रियता : .....
8. पत्राचार का पता (टेलिफोन/  
मोबाईल नम्बर सहित) : .....
9. स्थाई पता : .....
10. उत्तीर्ण की गई परीक्षा का ब्यौरा (एमबीबीएस से आगे) .....

परीक्षा का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष एवं माह	क्लास/डिवीज़न	प्रयास	संस्थान/कॉलेज एवं विश्वविद्यालय
एमबीबीएस				
एमडी/एमएस/डिप्लोमा				
डीएनबी				

11. क्या विश्वविद्यालय में कोई स्थान प्राप्त किया है यदि कोई है, तो प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करनी होगी।
12. यदि कोई पुरस्कार प्राप्त किया हो (प्रमाण-पत्र की प्रतियां संलग्न करनी होंगी)
13. यदि कोई पाठ्येतर गतिविधियां (प्रमाण-पत्र की प्रतियां संलग्न करनी होंगी)
14. एमबीबीएस/बीडीएस के उपरांत अनुभव :
15. पीजी के उपरांत अनुभव :
16. क्या वर्तमान में कार्यरत हैं, यदि हां, रोजगार का विवरण :
17. चिकित्सा पंजीकरण संख्या एवं पंजीकरण का स्थाना : .....
18. अनुलग्नकों की सूची।
19. मैं सत्यनिष्ठा से घोषणा करता हूं कि उपरोक्त फार्म में मेरे द्वारा दिए गए कथन मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं।

दिनांक: .....

आवेदक के हस्ताक्षर

## ANNEXURE-I

Paste recent passport size photograph
---

To,  
Medical Supdt.  
VMMC & SJH, N.D.

Application for the post of Sr. Resident in the Department of \_\_\_\_\_

1. Name of the applicant (In Block letters) : \_\_\_\_\_  
 2. Sex : \_\_\_\_\_  
 3. Father's /Husband's Name : \_\_\_\_\_  
 4. Date of Birth/Age : \_\_\_\_\_  
 5. Whether belongs to SC/ST/OBC/UR : \_\_\_\_\_  
 6. Whether Physically Handicapped : Yes/No  
 7. Nationality : \_\_\_\_\_

8. Correspondence Address (with telephone /  
Mobile number) : \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_

9. Permanent Address : \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_

10. Particulars of exam passed (MBBS onwards)

Name of Exam	Month & year of passing	Class/Division	Attempts	Institute/College & University
MBBS				
MD/MS/Diploma				
DNB				

11. Whether obtained any position in the university if so, a copy of the certificate to be enclosed:

12. Prize obtained if any (copies of the certificate to be enclosed):

13. Extracurricular activities, if any (copies of the certificate to be enclosed):

14. Experience after MBBS:

15. Experience after PG :

16. Whether at present employed, if so, detail of employment. :

17. Medical Registration No. & place of registration: \_\_\_\_\_

18. List of Enclosures.

**I solemnly declare that the above statements made by me in this form are correct to the best of my knowledge & belief.**

Dated: \_\_\_\_\_

Signature of the candidate