



**अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, भोपाल**  
**ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, BHOPAL**  
(An Autonomous Institute under Ministry of Health & Family Welfare, Government of India)  
Saket Nagar, Bhopal (M.P) – 462020  
Website: [www.aiimsbhopal.edu.in](http://www.aiimsbhopal.edu.in)

**एम्स, भोपाल में संविदा आधार पर सलाहकार पद हेतु आवेदन पत्र- 2024**  
**Application form for the post of Consultant on contractual basis · 2024 at AIIMS, Bhopal**

विज्ञापन सं./दिनांक

Advertisement No.

Affix passport  
size self-  
attested colour  
photograph

1- नाम स्पष्ट अक्षरों में / Name in block letters:-

2- पिता/पति का नाम स्पष्ट अक्षरों में / Father/Husband's Name in block letters:-

3- (अ) स्थायी पता / (a) Permanent Address:-

राज्य / State

पिन / Pin

(ब) डाक का पता / (b) Postal Address:-

राज्य / State

पिन / Pin

4- सम्पर्क विवरण / Contact Details:-

एस.टी.डी. कोड सहित फोन नं. /

Phone No. with STD Code:

मोबाइल नं. / Mobile No.

ई-मेल / E-Mail

5- प्रमाण पत्र के अनुसार जन्मतिथि /

Date of Birth as per the certificate

वॉक-इन इन्टरव्यू तिथि को आयु

Age as on date of walk-in-interview

6- लिंग / Gender

संबंधित पर चिन्ह लगाएं / Tick the relevant

पुरुष / Male

महिला / Female

7- क्या आप अजा./अजजा./अपिव. से संबंधित है

(हां/नहीं)

Are you a SC/ST/OBC Candidate? (Yes/No)

यदि हां, तो वर्ग का उल्लेख करें

8- क्या आप / Are You

(अ) जन्म से भारतीय नागरिक हैं अथवा अधिवास द्वारा ( संबंधित पर चिन्हित करें)

(a) A citizen of India by birth or by domicile?

By Birth

By Domicile

9- विकलांगता (Yes/No)

Person with disability (PWD)/

यदि हां तो प्रतिशत का उल्लेख करें

If yes, then mention the %

10- शैक्षणिक योग्यता / Educational Qualification:-

परीक्षा का नाम/ Name of the Examination	विषय/विधा/विशि ष्टता / Subject/ Discipline/ Speciality	विश्वविद्यालय/ संस्थान/ महाविद्यालय/ University/ Institute/ College	पाठ्यक्रम को पूर्ण करने की तिथि/ Date of completion of course	अंतिम परीक्षा उत्तीर्ण करने का माह तथा वर्ष/ Month & Year of Passing final examination	अंक प्राप्त की संख्या/ Marks obtained	पाठ्यक्रम की अवधि/ Duration of Course

11- अनुभव /Experience:-

संगठन का नाम/ Name of the Organization	सेवा ग्रहण करने की तारीख / Date of Joining	सेवा छोड़ने की तारीख/ Date of leaving	धारित पद का नाम/ Name of the post	क्या आप तदर्थ/संविदा/ नियमित आधार पर है/ Whether on Adhoc/ Contract/ Regular	कार्य की प्रकृति (शिक्षक/शोध या रोगी उपचार)/ Nature of work (Teaching, Research or patient care	पे-बैंड एवं मूल वेतन/ लेवल/ Pay Band and present basic pay/Level

12 आपकी राय में संस्थान के लिए 10 प्राथमिकता वाले अपेक्षित क्षेत्र/In your understanding, top 10 priority required areas of the institute.

13- सेवानिवृत्ति की तिथि / Date of Retirement

14 - कार्यालय का नाम जहा से सेवानिवृत्त हुए / Name of office from which retired

15 - आहरित अंतिम वेतन एवं वेतनमान / Last Pay Drawn and pay scale

16 - सेवानिवृत्ति के समय का पद नाम / Designation last held

17 - आहरित पेंशन / Pension drawn

18. निम्नलिखित प्रमाणपत्रों / अभिलेखों की स्वप्रमाणित प्रतिलिपियां नीचे दिए हुए क्रम में संलग्न करें। / Attach self-attested photocopies of the following certificates/documents in the order as mentioned below.

1. जन्म तिथि से संबंधित प्रमाण पत्र / Certificate in respect of date of birth.

2. इस आवेदन प्रपत्र के क्र. स. 10 में उल्लेखित शैक्षिक योग्यता की उपाधि प्रमाण पत्र /

Degree certificates of the Qualification as mentioned in Sl. No. 10 of this application form.

3. इस आवेदन प्रपत्र के क्र. स. 11 में जैसा कि उल्लेख किया गया अनुभव प्रमाणपत्र / Experience Certificate as mentioned in Sl. No. 11 of this application form.

19. अन्य कोई सूचना

Any other information.

20. संलग्नकों की कुल संख्या:

Total number of enclosures:

### **वचनबद्ध / UNDERTAKING**

मैं सत्य निष्ठा से अभिपुष्टि करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई सूचना, जहां तक मुझे पता है, सत्य तथा सभी तरह से सही है। मैंने किसी भी सूचना को नहीं छुपाया है मैं वचन देता/देती हूँ कि इसमें दी गई कोई सूचना यदि गलत या झूठी पायी जाती है, तो मैं लागू नियमों के अनुसार की गई कार्रवाई के लिए उत्तरदायी होऊंगा/होऊंगी। / I solemnly affirm that the information furnished above is true and correct in all respects to the best of my knowledge. I have not concealed any information. I undertake that any information furnished herein is found to be incorrect or false, I shall be liable for action as per rules in force.

स्थान / Place

उम्मीदवार के हस्ताक्षर / Signature of the Candidate

दिनांक / Date

उम्मीदवार का नाम / Name of Candidate  
(स्पष्ट अक्षरों में / in block letters)

\*\*\*\*\*