

9. लिंग/Gender:

(संबंधित पर चिन्ह लगाएं/Tick the relevant)-

पुरुष / Male

महिला/Female

10. Person with disability (PWD)/ दिव्यांग - (Yes/No)

11. शैक्षणिक योग्यता/Educational Qualification:-

परीक्षा का नाम / Name of the Examination	विषय/विधा/ विशिष्टता / 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	प्राप्तांक / Marks obtained	पाठ्यक्रम की अवधि / Duration of Course
MBBS						
MD/MS						
MCH/DM						
अन्य कोई योग्यता / Any other Qualification						

(कृपया संबंधित उपाधियों को चिन्हित करें/ Please tick the relevant Degrees)

12. Permanent M.C.I/MBBS /MD/MS
State Registration No :

13. Department applied for

Please Note:

1. Incomplete application will be rejected straight away.
2. If it is found, that the applicant has suppressed any information or given wrong information his/her Senior Residency will be terminated forthwith without assigning any reason.

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. जन्मतिथि से संबंधित प्रमाणपत्र /Certificate related to date of birth.
2. इस आवेदन प्रपत्र के क्र.स. 10 में उल्लिखित शैक्षिक योग्यता की उपाधि प्रमाणपत्र/Degree certificates of the qualification as mentioned in Sl.No. 10 of this application form.

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 होंगा/होंगी।

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 the Candidate
(स्पष्ट अक्षरों में/ in block letters)

Sr. No.	Copy of the documents (<u>self attested</u>)	Please tick (√)
1	Certificate of Date of Birth (Class X or XII Certificate)	
2	MBBS Mark Sheets (All Semester)	
3	MBBS Degree	
4	Internship completion certificate	
5	Attempt certificates	
6	MCI registration	
7	MD/MS/DNB/PG Diploma certificate (for SRs only)	
8	MD/MS/DNB/PG Diploma mark sheets	
9	SC/ST/OBC/PH certificate issued by the competent authority (if applicable)	
10	Experience (if any)- No Objection Certificate	
11	Copies of any other relevant documents	
12	Aggregate percentage in MBBS	
13	Mention Attempts for MBBS:	
i)	1 st Year	
ii)	2 nd Year	
iii)	3 rd Year	
iv)	4 th Year	
14.	Mention attempts for MD/MS	

उम्मीदवार के हस्ताक्षर
Signature of the Candidate