



कार्यालय, प्रधानाचार्य चिकित्सा महाविद्यालय एवं नियंत्रक संलग्न चिकित्सालय समूह,
रंगबाडी रोड, सेक्टर-ए, रंगबाडी, कोटा-324005

दूरभाष नं० 0744-2470674 || ईमेल : principalmck@gmail.com || वेबसाइट :
://www.education.rajasthan.gov.in/gmckota



क्रमांक:-प.3()/एकेड-1/2021/904

दिनांक: 01.12.2021

कार्यालय-आदेश

राज्य सरकार के पत्र क्रमांक प.7(54)(252)(02)डीएमई/एकेड/2021-पार्ट जयपुर, दिनांक 30.11.2021 में प्रदत्त निर्देशों के क्रम में इस संस्थान हेतु स्वीकृत किये गये 112 जूनियर रेजीडेंट के अस्थाई पदों पर दिनांक 28.02.2022 तक अथवा नीट पी0जी0-2021 काउन्सलिंग पूर्ण होने तक, दोनो में से जो भी पहले हो, तक के लिये चयन हेतु पात्र अभ्यर्थियों के वाक-इन-इन्टर्व्यू दिनांक 02.12.2021, दोपहर 2.00 बजे (जो रिक्तता पूर्ण नहीं होने पर आगामी दिवसों में भी प्रतिदिवस दोपहर 02.00 बजे से जारी रहेंगे) आयोजित किये जायेंगे। उक्त पदों हेतु मानदेय राज्य सरकार के निर्देशानुसार नियमानुसार देय होगा।

इच्छुक एवं पात्र अभ्यर्थी (एम0बी0बी0एस0 या समकक्ष योग्यताधारी एवं राजस्थान मेडीकल काउन्सिल में पंजीकृत) संलग्न प्रारूप में अपना आवेदन साक्षात्कार मण्डल के समक्ष निर्धारित तिथि एवं समय पर प्रस्तुत करना सुनिश्चित करें।

(डा० विजय सरदाना)
प्रधानाचार्य एवं नियंत्रक

क्रमांक:-प.3()/एकेड-1/2021/904

दिनांक: 01.12.2021

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ/आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है:-

1. विशिष्ट शासन सचिव, माननीय मन्त्री महोदय, चिकित्सा शिक्षा विभाग, राजस्थान सरकार, जयपुर।
2. निजी सचिव, शासन सचिव, चिकित्सा शिक्षा विभाग, राजस्थान सरकार, जयपुर।
3. अतिरिक्त निदेशक (प्रशासन) एवं पदेन संयुक्त शासन सचिव, निदेशालय चिकित्सा शिक्षा, गोविन्द मार्ग, जयपुर।
4. शासन उपसचिव, चिकित्सा शिक्षा (ग्रुप-1) विभाग, राजस्थान, जयपुर।
5. प्राचार्य/डीन, समस्त चिकित्सा महाविद्यालय, राजस्थान।
6. समस्त विभागाध्यक्ष, विभाग, मेडीकल कॉलेज, कोटा।
7. सदस्य, साक्षात्कार मण्डल, जूनियर रेजीडेंट चयन मण्डल, मेडीकल कॉलेज, कोटा।
8. लेखा शाखा/स्थापना राजपत्रित/बिल स्टार्डिपेण्ड शाखा, मेडीकल कॉलेज, कोटा।
9. आई0टी0 शाखा, मेडीकल कॉलेज, कोटा कोलेज की वेबसाइट पर अपलोड करें।

प्रधानाचार्य एवं नियंत्रक



Application form for the temporary post of “Junior Resident”

**Affix recent
passport size
photograph**

1. Name in full (capital letters): -----
2. Father’s Name (capital letters):-----
3. Age & Date of Birth: -----
4. Nationality:----- Domicile State: -----
5. Address for communication: -----
6. Permanent Address:-----
7. Email Id: 1. -----2.-----
8. Mobile No.: 1. -----2.-----
9. Marital Status (Married/Unmarried/_____); Number of Children: -----
10. Rajasthan Medical Council Reg. No.: (MBBS) -----
11. Particulars of examinations passed:

Qualification	Institute / College	University / Board	Passing Year	Aggregate Percent	Attempts			
					I MBBS	II MBBS	III MBBS	
							Pt-I	Pt-II
MBBS								

12. List of enclosures (self attested photocopies to be attached in serial order as specified below):-

Name of Document	Attached / Not .Attached	Verification
1. Secondary School Exam. Passing Certificate		
2. MBBS Marksheets (all)		
3. Internship completion Certificate.		
4. Attempt Certificate (MBBS).		
5. Degree MBBS		
6. RMC Registration (MBBS)		
7. Experience Certificate (if any; benefit of experience will be given only if experience certificate is attached)		

DECLARATION: I solemnly declare that the above statements made by me are correct to the best of my knowledge and belief.

Place:
Date:

Signature of Candidate