

**कार्यालय मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता**

(शासकीय स्वशासी संस्था)

**श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा (म0प्र0)**

कार्यालय दूरभाष नं.- 07662-241655

ई-मेल- ssmc-rewa@mp.gov.in

फैक्स नं.-07662-251167

वेबसाइट-www.ssmcrewa.com

क्रमांक .....7.472स्था/स्वशासी/एमसी/2021

रीवा दिनांक 15.04.21

- :: सूचना ::-

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन म.प्र. के पत्र क्रमांक/एन.एच.एम./एच.आर./सेल-1/2021/5276 भोपाल, दिनांक 23.03.2021 द्वारा कोविड-19 के नियंत्रण हेतु मानव संसाधनों को अस्थाई रूप से नियोजन की अनुमति के अनुक्रम में दिनांक 31.05.2021 तक कार्य करने हेतु निम्नानुसार आवेदन आमंत्रित किये जाते हैं :-

स.क्र.	कार्य का नाम	संख्या	योग्यता	मासिक मानदेय
01	मेडिकल ऑफिसर	07	एम.बी.बी.एस. उत्तीर्ण एवं म.प्र. मेडिकल काउंसिल में जीवित पंजीयन	रु. 60,000/-
02	वार्ड ब्वाय	08	10वीं उत्तीर्ण	रु. 8,275/-
03	अन्य स्वास्थ्य कर्मी - डाटा इन्ट्री आपरेटर	06	12वीं उत्तीर्ण एवं कम्प्यूटर एप्लीकेशन में डिप्लोमा/सर्टिफिकेट/सी.पी.सी.टी. उत्तीर्ण	रु. 8,275/-

इच्छुक एवं योग्य उम्मीदवार निर्धारित प्रारूप में आवेदन पूर्ण कर आवश्यक अभिलेखों के साथ चिकित्सा महाविद्यालय, रीवा के कार्यालय में दिनांक 16.04.2021 को सायं 05:00 बजे तक व्यक्तिगत रूप से उपस्थित होंगे। उपरोक्त कार्यों हेतु नियोजन "प्रथम आओ प्रथम पाओ" के आधार पर किया जाना है।



(डॉ. मनोज इन्दूरकर)


मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता  
स्वशासी श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा (म.प्र.)

पृ0कं. ....स्था./राज./एम.सी./2021,

रीवा दिनांक .....

प्रतिलिपि :-

1. आयुक्त, चिकित्सा शिक्षा मध्यप्रदेश, भोपाल।
2. आयुक्त, रीवा संभाग रीवा।
3. मिशन संचालक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन म.प्र. भोपाल।
4. संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा।
5. नोटिस बोर्ड - कार्यालय।

  
मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता  
स्वशासी श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा (म.प्र.)

स्वशासी श्यामशाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा में कोविड-19 महामारी की रोकथाम हेतु  
अस्थायी रूप से कार्य हेतु आवेदन पत्र का प्रारूप

पासपोर्ट साइज  
नवीनतम सत्यापित  
फोटो

1. आवेदित कार्य का नाम : .....
2. आवेदक का पूरा नाम (उपनाम सहित).....
3. पिता/पति का नाम (उपनाम सहित).....
4. मोबाईल न.....दूरभाष.....
5. वर्तमान निवास स्थान का पता पिनकोड सहित.....
6. स्थाई निवास का पूर्ण पता पिनकोड सहित.....
7. जन्मतिथि (हाईस्कूल/हायर सेकेण्ड्री परीक्षा की अंकसूची अनुसार) सूचना जारी होने के दिनांक को आवेदक की आयु. दिन.....माह.....वर्ष.....
8. मेडिकल कौंसिल का पंजीयन क्रमांक एवं नाम.....
9. वर्ग-सामान्य/अनु.जाति/अनु.जनजाति/अन्य पिछड़ा वर्ग :.....  
(आरक्षित वर्ग के आवेदक को सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी जाति प्रमाण पत्र की प्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना होगा)।
10. शैक्षणिक योग्यता (प्रमाण पत्र एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति प्रस्तुत करना है)

स. क्र.	परीक्षा का नाम	संस्था बोर्ड विश्वविद्यालय का नाम	वर्ष	विषय	प्राप्तांक	प्रतिशत

क्रमशः पेज.....2

(2)

**प्रमाण-पत्र**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त सभी जानकारी मेरे द्वारा दी गयी वह पूर्णतः सत्य है।  
जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र/नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा।  
स्थान.....

दिनांक.....

आवेदक के हस्ताक्षर एवं पूरा नाम  
दिनांक सहित

11. अन्य जानकारी यदि हो तो.....

**प्रमाण पत्र**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त सभी जानकारी मेरे द्वारा दी गयी वह पूर्णतः सत्य है।  
जानकारी असत्य होने की दशा में मेरा आवेदन पत्र/नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा।

संलग्न प्रमाण पत्रों की सूची :-

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

स्थान.....

दिनांक.....

आवेदक के हस्ताक्षर एवं पूरा नाम  
दिनांक सहित

**कार्यालयीन उपयोग हेतु**