

9.	अजा / अजजा / अपिव / अनारक्षित है? Whether VH/HH (Yes /No)	:			
10.	जन्म तिथि / Date of Birth (as per matriculation/ equivalent Certificate)	:			
11.	आयु (आवेदन जमा करने की अंतिम तिथि के अनुसार) (on last date of receipt of application)	Age :	Year	Month	Days
12.	भाषाओं का ज्ञान / Language Known	:	पढ़ना / Read: बोलना / Speak: लिखना / Write:		
13.	आपका कोई रिश्तेदार एसपीएमसीआईएल में कार्यरत है, यदि हाँ तो, उनका नाम व आपसे संबंध / Whether any relative already working with SPMCIL. If Yes, specify the name & relationship.	:			
14.	दूरभाष, मोबाइल व ईमेल / Telephone/Mobile No./e-mail address	:			

15. शैक्षणिक / व्यावसायिक योग्यता (मैट्रिक अथवा समक्ष परीक्षा से शुरू करते हुए)/ Details of Educational / Professional Qualifications (from matriculation onwards):

क्र. सं.	परीक्षा का विवरण / Details of Exam	पास करने का वर्ष / Year of Passing	विषय/ Subject	कुल अंक / Total Marks	बोर्ड/ विश्विद्यालय Board/University

16. Registration of State Medical Council / Medical Council of India: No.
Validity:

17. अनुभव योग्यता / Details of Experience (in Chronological order)

क्र. सं.	संगठन का नाम / Name of the Organization	ग्रहित पद/ Position Held	अवधि / Period	कुल वेतनमान / Total Emoluments	कार्य का स्वरूप/ Brief Description of Duties

18. कम्प्यूटर का ज्ञान व अनुभव / Details of Computer knowledge & Experience:

19. प्रशिक्षण का विवरण / Details of Training:

पाठ्यक्रम का नाम / Name of the Course	इंस्टीट्यूट / Institute	विषय संबंधित / Contents

20. प्रमाण पत्र और प्रशंसापत्र का विवरण / Details of Certificates/Testimonials:

21. अन्य जानकारी, यदि कोई हो तो / Other relevant information, if any:

घोषणा / DECLARATION:

मैं एतद्वारा पुष्टि एवं घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दी गई जानकारी सत्य व स्पष्ट है। आवेदन पत्र में दी गई किसी भी प्रकार की गलत एवं असत्य जानकारी के लिए आवेदन पत्र के तुरंत निरस्तीकरण के लिए अधोहस्ताक्षरी स्वयं जिम्मेदार होगा।

I hereby affirm and declare that the statements made in the application are true and unexaggerated. I undertake that any misrepresentation or material omission made in this application form will render the undersigned liable to immediate dismissal.

तिथि / Date:

स्थान / Place:

(आवेदक के हस्ताक्षर)
(Signature of the Candidate)