भारत सरकार टकसाल, नोएडा में संविदा आधार पर परामर्शदाता (चिकित्सक अधिकारी) पद के लिए आवेदन/ APPLICATION FOR ENGAGEMENT OF CONSULTANT (MEDICAL OFFICER) ON FIXED TERM CONTRACT BASIS IN INDIA GOVERNMENT MINT, NOIDA

कृपया अपना पासपोर्ट आकार का नया फोटो

विज्ञापन संख्या 02/2024 :- आईजीएमएन-13013/परामर्शदाता/2021- प्रशा. / दिनांक: ADVERTISEMENT NO. 02/2024: IGMN-13013/Consultant/2021-ADMN. / DATE:

														re	Past cent Photo	र के साथ te here Passpo ograph gnature	your rt size with
पद / POST : परामर्शदाता (चिकित्सक अधिकारी) / CONSULTANT (MEDICAL OFFICER)												कृपया चिन्ह लगाए (PLEASE TICK)					
(A) MBBS Doctor with experience upto three years; OR																	
(B) MBBS Doctor possessing experience between three to seven years; OR																	
(C) MBBS Doctor possessing experience between seven to ten years; OR																	
	(D) ME	BS D	octor	posse	essing	g expe	rienc	e mor	e thar	ten y	ears.						
1. आवेदक का नाम / Name of Candidate																	
														1			
2.	पिता क	ा नाम /	Fathe	er's Na	me	ı						1	1	ı			
3. पत्राचार के लिए वर्तमान पता / Present Address for Communication:																	
3.	पत्राचार 	क ।ला	ए वतमा 	न पता	/ Pres	ent Ac	dress	for Co	ommu	nicatio	n:			<u> </u>			
										PIN							
										FIIN							
4.	स्थायी	पता / F	Permai	nent A	ddres	s:			1			ı	1	1			1
										PIN							
5. राष्ट्रीयता / Nationality :																	
6.	S. धर्म / Religion							:									
7. किस राज्य के निवासी है / State to which Belongs :																	
8. श्रेणी / Whether SC/ST/OBC/UR :																	

9.	अजा / उ (Yes /N	भजजा / अपिव / अनारिक्ष lo)									
10.		तिथि / Date of Birth (as per matriculation/ :									
11.		ावेदन जमा करने की आं t date of receipt of ap		:	Year	Month	Days				
12.	भाषाओं का ज्ञान / Language Known : पढ़ना / Read: बोलना / Speak: लिखना / Write:										
13.	3. 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.	4. 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 / To Marks		र्ड/ विश्विद्यालय ırd/University			
16.	Registr	ration of State Medica	al Council / Medi	_		dia: No ty:					
17.	7. अनुभव योग्यता / Details of Experience (in Chronological order)										

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

18. कम्प्युटर 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 संबन्धित / 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 एतदद्वारा 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)