



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान भोपाल
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, BHOPAL
(An Autonomous Institute under Ministry of Health & Family Welfare, Government of India)
Saket Nagar, Bhopal (M.P) – 462020
Website: www.aiimsbhopal.edu.in

एम्स, भोपाल में संविदा आधार पर मेडिकल फिजिसिस्ट पद हेतु आवेदन प्रपत्र-2024
Application form for the post Medical Physicist on contractual basis -2024 at AIIMS, Bhopal

विज्ञापन सं./दिनांक
Advertisement No.

Affix passport
size self-
attested colour
photograph

1-नाम स्पष्ट अक्षरों में/ Name in block letters:-

2- पिता/पति का नाम स्पष्ट अक्षरों में/ Father/Husband's Name in block letters:-

3- (अ) स्थायी पता/ (a) Permanent Address:-

राज्य/ State

पिन/ Pin

(ब) डाक का पता/ (b) Postal Address:-

राज्य / State

पिन / Pin

4- सम्पर्क विवरण / Contact Details:-

एस.टी.डी. कोड सहित फोन नं.

Phone No. with STD Code:

मोबाइल नं./ Mobile No.

ई-मेल/ E-Mail

5- प्रमाण पत्र के अनुसार जन्मतिथि /

Date of Birth as per the certificate

आवेदन की अंतिम तिथि को आयु

Age as on last date of submission

6-लिंग / Gender

पुरुष

महिला

संबंधित पर चिन्ह लगाएं / Tick the relevant

7- क्या आप अजा./अजजा./अपिव. से संबंधित है
(हां/नहीं)

Do you belong to SC/ST/OBC Category (Yes/No)

यदि हां, तो वर्ग का उल्लेख करें (प्रमाण-पत्र संलग्न करें) अपिव की स्थिति में भारत सरकार के तहत आरक्षित पदों पर नियुक्ति के लिए अभी हाल में वैध उपयुक्त प्राधिकारी द्वारा जारी प्रमाण-पत्र होना चाहिए।

If yes, mention the Category (attach relevant Supporting document. In case of OBC, the certificate should be issued by the appropriate authority recently valid for appointment to the post reserved under Govt. of India)

8- क्या आप / Are You

By Birth

By Domicile

(अ) जन्म से भारतीय नागरिक हैं अथवा अधिवास द्वारा (संबंधित पर चिन्हित करें)

(a) A citizen of India by birth or by domicile?

9- विकलांगता (Yes/No)

Person with disability (PWD)/

यदि हाँ तो प्रतिशत का उल्लेख करें

If yes, then mention the %

10- 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	अंक प्राप्त की संख्या / Marks obtained	पाठ्यक्रम की अवधि / Duration of Course

11-अनुभव/ Experience:-

संगठन का नाम / Name of the Organization	सेवा ग्रहण करने की तारीख / Date of Joining	सेवा छोड़ने की तारीख / Date of leaving	धारित पद का नाम / Name of the post	क्या आप तदर्थ / संविदा / नियमित आधार पर है / Whether on Adhoc / Contract / Regular / Outsourced	पे-बैंड एवं मूल वेतन / लेवल / Pay Band and present basic pay / Level

12-आपकी राय में संस्थान के लिए 10 प्राथमिकता वाले अपेक्षित क्षेत्र/ In your understandings, top 10 priority required areas for the Institute.- [Please add sheets, if required]

D.D. No. _____ Amount (in Rs.) _____ Dated _____

Bank Name _____

14—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. जन्म तिथि से संबंधित प्रमाण पत्र/ Certificate in respect of date of birth.
2. इस आवेदन प्रपत्र के क्र. स. 10 में उल्लेखित शैक्षिक योग्यता की उपाधि प्रमाण पत्रः
Degree certificates of the Qualification as mentioned in Sl. No. 10 of this application form.
3. इस आवेदन प्रपत्र के क्र. स. 11 में जैसा कि उल्लेख किया गया अनुभव प्रमाणपत्र / Experience Certificate as mentioned in Sl. No. 11 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 होऊंगा/होऊंगी। / 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 .

स्थान/ Place

उम्मीदवार के हस्ताक्षर Signature of the Candidate

दिनांक/ Date

उम्मीदवार का नाम/ Name of Candidate
(स्पष्ट अक्षरों में/ in block letters)
