

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

क्रमांक9997..... स्था/अराज/एमसी/2021

रीवा दिनांक 14.05.21

--: सूचना :-

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन म.प्र. के पत्र क्रमांक/एन.एच.एम./एच.आर./सेल-1/2021/7579 भोपाल, दिनांक 30.04.2021 द्वारा कोविड-19 के नियंत्रण हेतु मानव संसाधनों को अस्थाई रूप से कुशल श्रमिक के रूप में नियोजन की अनुमति के अनुक्रम में दिनांक 31.07.2021 तक के लिये कार्य करने हेतु निम्नानुसार आवेदन पत्र आमंत्रित किये जाते हैं :-

स.क्र.	कार्य का नाम	संख्या	योग्यता	(मासिक मानदेय) कलेक्टर दर
01	ऑक्सीजन टेक्नीशियन	04	ITI Diploma in the field of Bio medical or Mechanical	रु. 10,935/-

इच्छुक एवं योग्य उम्मीदवार निर्धारित प्रारूप में आवेदन पूर्ण कर आवश्यक अभिलेखों के साथ चिकित्सा महाविद्यालय, रीवा के कार्यालय में दिनांक 18.05.2021 को सायं 05:00 बजे तक व्यक्तिगत रूप से आवेदन प्रस्तुत कर सकते हैं।



(डॉ. मनोज इन्दूरकर)

मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता

स्वशासी श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा (म.प्र.)

पृ0क्रं.स्था./अराज./एम.सी./2021,

रीवा दिनांक

प्रतिलिपि :-

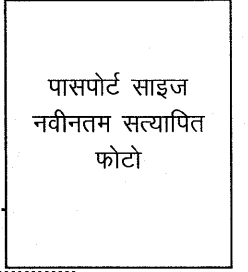
1. आयुक्त, चिकित्सा शिक्षा मध्यप्रदेश, भोपाल।
2. आयुक्त, रीवा संभाग रीवा।
3. मिशन संचालक राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन म.प्र. भोपाल, का पत्र क्रमांक/एन.एच.एम./एच.आर./सेल-1/2021/7579 भोपाल, दिनांक 30.04.2021 के संदर्भ में सूचनार्थ।
4. संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा।
5. नोटिस बोर्ड - कार्यालय।

(डॉ. मनोज इन्दूरकर)

मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता

स्वशासी श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा (म.प्र.)

**स्वशासी श्यामशाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा में कोविड-19 महामारी के अंतर्गत
अस्थायी पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन पत्र का प्रारूप**



1. आवेदित पद 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 संलग्न करें)
दिनांक..... माह..... वर्ष.....
8. आधार कार्ड नम्बर (संलग्न करें).....
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

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.....