

નં. એમસીઆર/સી/૧૫ (૯૯ - ૧૫૬૦૦ /૨૦૨૪.



ડીનશ્રીની કચેરી,
પી.ડી.યુ. મેડીકલ કોલેજ,
રાજકોટ.
તા.૦૩/૦૮/૨૦૨૪.

વિષય :- સીનીયર રેસીડેન્ટનાં ઈન્ટરવ્યુ બાબત.

અત્રેની સંસ્થા ખાતે સીનીયર રેસીડેન્ટની પોસ્ટ માટે ઈન્ટરવ્યુ સીનીયર રેસીડેન્ટની ખાલી જગ્યાઓને આધારે આ મહિનાની તા.૦૮-૧૦-૧૧/૦૮/૨૦૨૪માં ઈન્ટરવ્યુનું સંભવિત આયોજન રહેશે. સદરહું બાબતે ઉમેદવારે સંસ્થાનું સીનીયર રેસીડેન્ટનું ફોર્મ તથા સાથેનાં જોડાણો (self attested) પુરી વિગતો સાથે અત્રેની રજીસ્ટ્રી શાખામાં આપવાનું રહેશે. જો કોઈ ઉમેદવારે ફોર્મમાં જરૂરી ડોક્યુમેન્ટ તથા વિગતો અધુરી હશે તો તેવી અરજી અમાન્ય ગણી દફતરે કરવામાં આવશે. વધુમાં ઈન્ટરવ્યુની તારીખથી દિવસ - ૦૭ (સાત) અગાઉ કરવામાં આવેલ અરજી જે - તે મહિનામાં થતાં ઈન્ટરવ્યુમાં માન્ય ગણવામાં આવશે અને ત્યાર બાદ કરવામાં આવેલ અરજી પછીનાં મહિનાઓમાં થતી ખાલી જગ્યાઓને આધારે ઈન્ટરવ્યુ માટે માન્ય ગણવામાં આવશે. જેની ઉમેદવારોએ ખાસ નોંધ લેવી.


ડીન,
પી.ડી.યુ. મેડીકલ કોલેજ,
રાજકોટ.

નકલ રવાના :-

- કચેરી નોટીસ બોર્ડ, સદર સંસ્થા.
- લાયબ્રેરીયનશ્રી, લાયબ્રેરી વિભાગ, લાયબ્રેરી નોટીસ બોર્ડ, સદર સંસ્થા.

Note :- Application form → available on college website.

P.D.U. MEDICAL COLLEGE, RAJKOT.

Affix Passport
Size Photograph

APPLICATION FORM FOR SENIOR RESIDENT.

1. Subject applied for : _____
2. Name of the Candidate : _____
Address (In BLOCK LETTERS) : _____

3. Telephone No. with STD code : _____ Mobile No. : _____
Email ID : _____
4. Date of birth : _____ Age : _____ Year _____ Month. _____
5. Sex : Male / Female _____
6. Working status / Employment : _____
7. Educational Qualification :

Sr. No.	Examination	Year of Passing	College & University	Marks obtained in		Total Marks/	Percentage	Attempt
				Theory	Practical			
1	Final MBBS (Part II only)							
2	MD/ MS/ DNB/ Diploma							

8. Details of Teaching Experience as Junior Resident/ Senior Resident :

Sr. No.	Position held As Junior/ Senior Resident	Name of Institution	Dates		Total Period	
			From	To	Year	Month

Total Experience as Junior/ Senior Resident:

9. Publication & Presentation detail.

1. Oral Presentation.
2. Poster Presentation.
3. Publication of Research Paper/ Case Series/ Case Report.

10. Details of Medical Council Registration:

Registration Number: U.G. _____ P.G. _____

Date of Registration: U.G. _____ P.G. _____

Name of Council : U.G. _____ P.G. _____

11. Name of Two Referees: (With Phone Number).

1 _____

2 _____

12. Check-list of enclosures (attested photocopies) - In following order.

Attested photocopies in following order	Please tick ()	Attested photocopies in following order	Please tick ()
1. Final MBBS mark sheet		7. Degree Certificate MBBS	
2. Final MBBS attempt certificate		8. Degree Certificate MD/ MS/ DNB/ Diploma	
3. PG mark sheet		9. Experience Certificate of Junior/ Senior Resident.	
4. PG attempt certificate		10 Birth Date Certificate : School Leaving	
5. MBBS GMC Registration certificate		11 Undertaking Annexure-C	
6. MD/ MS/ DNB/ Diploma GMC registration certificate		12 Character Certificate from Head of Institute	

I declare that the information stated above is true to the best of my knowledge. If above information is found to be false: I am bound to obey the decision of the selection committee.

Place: P.D.U. Medical College, Rajkot.

Date: / /2023.

Signature of Applicant.

For Office Use Only
Registration No. :