

आवेदन पत्र

संविदा आधार पर प्रति घंटा निश्चित पारिश्रमिक पर चिकित्सा परामर्शदाता की नियुक्ति हेतु  
आवेदन

भारतीय रिज़र्व बैंक, पटना

हाल ही में खींचा गया  
स्वयं अभिप्रमाणित  
पासपोर्ट-साइज फोटो  
चिपकाएँ

1	पूरा नाम	श्री/श्रीमती/सुश्री	
2	पिता / पति का नाम		
3	(क) पता	आवास:	औषधालय:
	(ख) फोन नं.	लैंडलाइन:	मोबाइल:
	(ग) ई-मेल:		

4. बैंक के औषधालय से अनुमानित दूरी:

क्रम सं.	औषधालय का पता	Distance (in Km) from	
		आवेदक का निवास	औषधालय / अस्पताल जहाँ आवेदक वर्तमान में कार्यरत है
i	बैंक के मुख्य कार्यालय परिसर का औषधालय, दक्षिणी गाँधी मैदान, पटना - 800001		
ii	भारतीय रिज़र्व बैंक स्टाफ क्वार्टर्स औषधालय, बहादुरपुर, पटना-800004		
iii	भारतीय रिज़र्व बैंक स्टाफ क्वार्टर्स औषधालय, कुर्जी मोड, पटना- 800010		

iv	भारतीय रिज़र्व बैंक स्टाफ क्वार्टर्स औषधालय, रोड नं. 10A, राजेंद्रनगर, पटना -800016					
v	भारतीय रिज़र्व बैंक वरीय अधिकारी निवास औषधालय, बैंक रोड, पटना - 800001					
5	जन्म-तिथि DD- MM-YYYY के प्रारूप में (विज्ञापन की प्रकाशन के महीने की पहली तारीख को) की स्थिति के अनुसार आयु	जन्म-तिथि:  आयु: <input type="text"/> वर्ष <input type="text"/> माह <input type="text"/> दिन				
6	जन्म-स्थान और अधिवास					
7	राष्ट्रीयता					
8	वर्ग-उपर्युक्त बॉक्स में चिन्ह (✓) लगाएँ	अ.जा (SC)	अ.ज.जा. (ST)	अपिव (OBC)	आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग (EWS)	सामान्य (GEN)
9	शैक्षणिक योग्यता					
क्रम सं.	डिग्री / डिप्लोमा	विश्वविद्यालय/ बोर्ड	उत्तीर्ण होने की तिथि	प्रतिशतता		
10	आवेदक द्वारा चिकित्सा में पूर्ण किए गए किसी अन्य पाठ्यक्रम का विवरण					
	पाठ्यक्रम का नाम	संस्थान	समाप्ति का वर्ष			
11	अनुभव का विवरण (केवल स्नातक के बाद के अनुभव का ही उल्लेख किया जाना चाहिए)					
क्रम सं.	अनुभव	से	तक	कार्यकाल		
				वर्ष	महीना	
(a)	अस्पताल में					

	(फिजीशियन के रूप में)				
(b)	सामान्य चिकित्सक के रूप में				
12	कोई अन्य कारक जो आवेदक अपने आवेदन पर विचार करने के लिए संज्ञान में लाना चाहते हैं।				

मैं इस बात की घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन फॉर्म में मेरे द्वारा दी गई जानकारी और विवरण सही और सत्य है। मैं यह भी ध्यान देता/देती हूँ कि यदि उपर्युक्त जानकारी में से कोई भी जानकारी गलत या असत्य प्रमाणित होती है या किसी भी महत्वपूर्ण जानकारी या विषय को मेरे द्वारा छिपाया गया है या छोड़ दिया गया है तो मेरी सेवाओं को बिना सूचना या मुआवजे के समाप्त किया जा सकता है। मैंने विज्ञापन में दी गई शर्तों को पढ़ और समझ लिया है और उनका पालन करने का वचन देता हूँ। मैं अनुलग्नक -II में दिए गए नियमों और शर्तों और अनुलग्नक -III में दी गई आचार संहिता को स्वीकार करता हूँ।

(आवेदक का हस्ताक्षर)

स्थान:

तिथि:

## महत्वपूर्ण अनुदेश :

1. इस आवेदन फॉर्म में सभी विवरण आवेदक द्वारा भरा जाना चाहिए।
2. जिन आवेदनों में पूर्ण विवरण शामिल नहीं भरे जाएंगे, उन्हें अस्वीकार किया जा सकता है।
3. आवेदन के साथ आयु, शैक्षणिक योग्यता, अनुभव, जाति, पंजीकरण प्रमाणपत्र की प्रति आदि के बारे में प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रतियां संलग्न किया जाना अनिवार्य है ।
4. यदि उम्मीदवार किसी संस्थान के लिए एक चिकित्सा अधिकारी के रूप में कार्य कर रहा है, तो उसका विवरण और उसके कार्य की अवधि का उल्लेख किया जाना चाहिए ।  
(यदि उम्मीदवार किसी संस्थान में चिकित्सा अधिकारी के रूप में कार्यरत है तो उसका विवरण और कार्य के घंटे दर्शाए जाने चाहिए।)