

### अनुलग्नक-III

भारतीय रिजर्व बैंक, आइजोल में  
अंशकालिक बैंक के चिकित्सा सलाहकार (अनुबंध के आधार पर नियत  
प्रति घंटा पारिश्रमिक के साथ)  
के पद के लिए आवेदन

आवेदक के  
हस्ताक्षर के साथ  
हाल ही में पासपोर्ट  
आकार की तस्वीर  
चिपकाएं

|    |                                                                                                                                            |                                          |                                        |       |            |      |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|-------|------------|------|
| 1. | नाम पूरा<br>(स्पष्ट अक्षरों में)                                                                                                           | श्री/श्रीमती/कुम। _____                  |                                        |       |            |      |
| 2. | पिता/पति का नाम                                                                                                                            | श्री _____                               |                                        |       |            |      |
| 3. | (क) पता                                                                                                                                    | आवास:                                    | औषधालय:                                |       |            |      |
|    | (ख) दूरभाष सं.                                                                                                                             | लैंडलाइन:                                | मोबाइल:                                |       |            |      |
|    | (c) ई-मेल                                                                                                                                  |                                          |                                        |       |            |      |
|    | (d) पता                                                                                                                                    | निवास से अनुमानित दूरी<br>(किलोमीटर में) | औषधालय से अनुमानित दूरी (किलोमीटर में) |       |            |      |
|    | (i) भारतीय रिजर्व बैंक के मुख्य<br>कार्यालय परिसर में बैंक का<br>औषधालय, गृह सं टी-30, वीजेड<br>बिल्डिंग, थाक्थिंग वेंग, आइजोल -<br>796005 |                                          |                                        |       |            |      |
| 4. | जन्म तिथि (स्कूल छोड़ने के प्रमाण<br>पत्र में दर्ज के अनुसार) और आयु<br>(विज्ञापन की तिथि के अनुसार)                                       |                                          |                                        |       |            |      |
| 5. | जन्म स्थान और अधिवास                                                                                                                       |                                          |                                        |       |            |      |
| 6. | राष्ट्रीयता                                                                                                                                |                                          |                                        |       |            |      |
| 7. | कोटि                                                                                                                                       | अनुसूचित जाति                            | जनजाति                                 | ओबीसी | ईडब्ल्यूएस | जनरल |
|    |                                                                                                                                            |                                          |                                        |       |            |      |

|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|--------------|-------|
| 8.          | शैक्षणिक योग्यता:                                                                |                     |                       |              |       |
| क्रम संख्या | डिग्री/डिप्लोमा                                                                  | विश्वविद्यालय/बोर्ड | उत्तीर्ण होने का वर्ष | प्रतिशत/वर्ग |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
| 9.          | आवेदक द्वारा पूरा किया गया चिकित्सा में किसी भी अन्य पाठ्यक्रम का विवरण          |                     |                       |              |       |
| 10.         | अनुभव का विवरण (केवल स्नातक स्तर की पढ़ाई के बाद प्राप्त अनुभव बताया जाना चाहिए) |                     |                       |              |       |
| क्रम संख्या | अनुभव                                                                            | से                  | सेवा मेरे             | अवधि         |       |
|             |                                                                                  |                     |                       | साल          | महीने |
| (क)         | अस्पताल में (एक चिकित्सक के रूप में)                                             |                     |                       |              |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
| (ख)         | जनरल प्रैक्टिशनर के रूप में                                                      |                     |                       |              |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
|             |                                                                                  |                     |                       |              |       |
| 11.         | कोई अन्य कारक जिसे आवेदक अपने आवेदन पर विचार करने के लिए ध्यान में रखना चाहता है |                     |                       |              |       |

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में मेरे द्वारा दी गई सभी जानकारी और विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य, पूर्ण और सही हैं। मैं समझता हूँ कि यदि किसी भी स्तर पर, यह पाया जाता है कि आवेदन में दी गई कोई भी जानकारी गलत या झूठी है या यदि कोई भी भौतिक जानकारी या विवरण दबाया गया है या उससे छोड़ा गया है या यदि मैं बैंक के अनुसार पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करता हूँ, तो मेरी उम्मीदवारी/नियुक्ति/नियुक्ति बिना किसी नोटिस या मुआवजे के रद्द/समाप्त की जा सकती है। इसके बदले में। मैंने विज्ञापन में दिए गए प्रावधानों को पढ़ और समझ लिया है और मैं उनका पालन करने का वचन देता हूँ।

(आवेदक के हस्ताक्षर)

स्थान:

दिनांक: