



आवेदन फार्म

भारतीय रिजर्व बैंक, कोलकाता में संविदा आधार पर प्रति घंटे नियत पारिश्रमिक पर चिकित्सा
परामर्शदाता की नियुक्ति

हाल ही का
पासपोर्ट आकार
का फोटो
चिपकाएँ

- पूरा नाम : श्री/श्रीमती/कुमारी. _____
(स्पष्ट अक्षरों में लिखें, उपनाम पहले दें)
- पिता/पति का नाम: _____
- (क) पता:

| आवास | औषधालय |
|------|--------|
| | |

(ख) फोन नं. : _____

मोबाइल नं. : _____

ई-मेल आईडी : _____

(ग) निम्न पते पर स्थित बैंक की औषधालय से अनुमानित दूरी:

| पता | आवास से दूरी (कि.मी. में) | औषधालय से दूरी (कि.मी. में) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| भारतीय रिज़र्व बैंक, मुख्य भवन परिसर औषधालय(एमओपीडी) 15, एन.एस. रोड, कोलकाता- 700001 | | |
| आरबीआई स्टाफ कार्टर दमदम कार्टर्स डिस्पेंसरी 1/बी, बी के पॉल लेन दमदम, कोलकाता - 700 030 | | |
| आरबीआई स्टाफ कार्टर साल्ट लेक कार्टर्स डिस्पेंसरी एलबी ब्लॉक, सेक्टर III, बिधाननगर कोलकाता - 700098 | | |
| आरबीआई स्टाफ कार्टर सिंधी पार्क कार्टर डिस्पेंसरी 16/5, डोवर लेन सिंधी पार्क, कोलकाता - 700 029 | | |
| आरबीआई अधिकारी कार्टर उल्टाडांगा कार्टर्स डिस्पेंसरी उल्टाडांगा, कोलकाता - 700067 | | |
| आरबीआई के वरिष्ठ अधिकारी कार्टर अलीपुर कार्टर डिस्पेंसरी न्यू रोड अलीपुर, कोलकाता - 700027 | | |

4. जन्म तिथि और आयु

01 फरवरी, 2022 को:

D D M M Y Y Y Y

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

5. जन्म स्थान एवं मूल निवास स्थान :

6. राष्ट्रीयता :

7. क्या अ.जा./अ.ज.जा./अ.पि.व./अना.(सामान्य) से संबंधित हैं :

अ.जा./अ.ज.जा./अ.पि.व./अना.(सामान्य)

8. शैक्षिक योग्यता :

(प्राप्त डिग्री/डिप्लोमा उच्चतम से निम्नतम के क्रम में दर्शाएँ)

| डिग्री/डिप्लोमा | विश्वविद्यालय/बोर्ड | उत्तीर्ण होने का वर्ष | श्रेणी/रैंक |
|-----------------|---------------------|-----------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9. आवेदक द्वारा चिकित्सा के क्षेत्र में उत्तीर्ण किसी अन्य पाठ्यक्रमों का विवरण:

10. अनुभव का विवरण :

| अनुभव | से | तक | अवधि | |
|-------------------------------------|----|----|------|-----|
| | | | वर्ष | माह |
| अस्पताल (फिजिशियन के रूप में) | | | | |

| | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| जेनरल प्रैक्टिशनर के रूप में | | | |
|------------------------------|--|--|--|

11. कोई अन्य सूचना जो आवेदक अपने आवेदन के पक्ष में देना चाहते/चाहती हैं:

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा इस आवेदन फार्म में दी गई जानकारी और विवरण सत्य और सही हैं। मैं यह भी नोट करता हूँ कि यदि उपरोक्त में से कोई भी सूचना गलत या असत्य होती है या यदि कोई महत्वपूर्ण जानकारी या विवरण छुपाई गई है या छोड़ दी गई है, तो मेरा/मेरी नियोजन बिना नोटिस या उसके बदले में मुआवजे के बिना निरस्त किया/ की जा सकेगा/सकेगी।

स्थान:

दिनांक:

(आवेदक का हस्ताक्षर)

अनुदेश

1. आवेदन फार्म में सभी विवरण आवेदक द्वारा पूर्ण रूप से भरे जाएँ क्योंकि अपूर्ण फार्म अस्वीकार किए जाएंगे।
2. आयु, शैक्षणिक योग्यता, अनुभव, जाति, मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया द्वारा जारी पंजीकरण प्रमाण पत्र की प्रति आदि से संबंधित प्रासंगिक प्रमाणपत्रों की स्व-सत्यापित प्रतियां आवेदन पत्र के साथ संलग्न की जानी चाहिए।
3. यदि उम्मीदवार किसी संस्थान के लिए चिकित्सा अधिकारी के रूप में काम कर रहा/रही है, तो उसके विवरण और कार्य के घंटे का उल्लेख करें।
4. जो आवेदन निर्धारित प्रारूप में नहीं होंगे या अपेक्षित दस्तावेजों/प्रमाणपत्रों की प्रतियों के साथ नहीं होंगे, उन्हें सरसरी तौर पर खारिज कर दिया जाएगा।