

**कार्यालय मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता**  
**स्वशासी श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा (म.प्र.)**

क्रमांक. 10458 स्वशासी / स्था. / अराज. / एम.सी. / 2021

रीवा दिनांक 21.05.21

**// सूचना //**

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मध्यप्रदेश भोपाल के पत्र क्र./एन.एच.एम./एच.आर./सेल/-1/2021/8335 दिनांक 18.05.2021 में प्राप्त अनुमति अनुसार कोविड-19 महामारी की रोकथाम एवं नियंत्रण हेतु रेडियोग्राफर के रूप में मानव संसाधन की आवश्यकता है। यह नियोजन पूर्णतः अस्थायी रूप से एवं 31 मई 2021 तक के लिये चिकित्सा महाविद्यालय रीवा से संबद्ध चिकित्सालय में कोविड वार्ड में कार्य करने हेतु होगी।

स.क्र.	नियोजित पद	संख्या	न्यूनतम अर्हता	मानदेय
1.	रेडियोग्राफर	10	1. बायोलॉजी, केमेस्ट्री तथा फिजिक्स में 10+2 प्रणाली में 12वीं परीक्षा उत्तीर्ण। 2. मान्यता प्राप्त संस्था से संबंधित विषय में डिग्री/डिप्लोमा/प्रमाण-पत्र। 3. मध्यप्रदेश सह चिकित्सीय परिषद् का जीवित पंजीयन।	निश्चित मानदेय रु. 15000/-प्रतिमाह

- इच्छुक एवं योग्य उम्मीदवार निर्धारित प्रारूप में दिनांक 24.05.2021 सायं 05:00 बजे तक कार्यालय में आवेदन प्रस्तुत कर सकते हैं।
- आवेदक अपने मूल दस्तावेजों के साथ दिनांक 25.05.2021 को प्रातः 11:30 बजे महाविद्यालय के सभाकक्ष में उपस्थित होंगे।
- चयन का आधार :- (अधिकतम-100 अंक)
  1. अर्हता परीक्षा (मान्यता प्राप्त संस्था से संबंधित विषय में डिग्री/डिप्लोमा/प्रमाण-पत्र) में प्राप्तांक प्रतिशत का 90 प्रतिशत।
  2. साक्षात्कार-10 अंक।

*Handwritten Signature*

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 नियोजित 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. श्रेणी.....
9. आधार कार्ड नम्बर (संलग्न करें).....
10. शैक्षणिक योग्यता (प्रमाण पत्र एवं अंकसूची की सत्यापित छायाप्रति प्रस्तुत करना है)

पासपोर्ट साइज  
नवीनतम सत्यापित  
फोटो

स. क्र.	परीक्षा का नाम	संस्था बोर्ड विश्वविद्यालय का नाम	वर्ष	विषय	प्राप्तांक	प्रतिशत
1.						
2.						
3.						

**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.....