



कार्यालय, प्रधानाचार्य, स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय, शाहजहाँपुर, उ०प्र० 242001

Office, Principal, Autonomous State Medical College, Shahjahanpur, U.P. 242001

Website: www.smcshah.in e-mail: principalsmcshah@gmail.com Phone: 7860909976, 8299691252

(स्वशासी संस्था नराज्य सरकार, उ०प्र०)

(An Autonomous Institute under Government of U.P.)



पत्रांक-- प्रधानाचार्य / नियुक्ति / ओ०एस०टी० / 2022-23 / 4120

दिनांक-- 10-12-2022

:-सेवायोजन विज्ञप्ति:-

उत्तर प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, लखनऊ के पत्र संख्या- एड्स सोसा० / OST/CF/2020-21/1190 दिनांक 26-11-2021 एवं पत्र संख्या- एड्स सोसा० / OST/CF/18-19/3165 दिनांक 26-02-2020 के क्रम में ओ०एस०टी० सेन्टर शाहजहाँपुर में मेडिकल आफिसर के रिक्त पद पर सविदा के आधार पर नियुक्ति हेतु वाक-इन-इण्टरव्यू (Walk-In-Interview) के माध्यम से चयन की कार्यवाही दिनांक 21-12-2022 समय प्रातः 10:00 बजे से अपराह्न 02 बजे तक अधोहस्ताक्षरी कार्यालय (जिला चिकित्सालय परिसर) में की जायेगी। अर्ह अभ्यर्थी अपने सभी मूल प्रमाण पत्रों, अभिलेखों, स्व-प्रमाणित छाया प्रतियों एवं निर्धारित प्रारूप पर आवेदन पत्र के साथ साक्षात्कार में नियत तिथि एवं समय पर उपस्थित होना सुनिश्चित करें। साक्षात्कार हेतु अभ्यर्थियों को कोई यात्रा भत्ता आदि देय नहीं होगा।

S. N.	Name of Post	No. of Post	Salary Per Month	Qualification
1	Medical Officer	01	Rs. 72,000/-	The Doctor should have a minimum qualification of MBBS with valid registration from the Medical Council. Retired doctors can also apply for this post.

आवेदन हेतु अभ्यर्थी की आयु 70 वर्ष से अधिक न हो। साक्षात्कार एवं नियुक्ति के सम्बन्ध में अन्तिम निर्णय प्रधानाचार्य में निहित होगा।

प्रधानाचार्य
स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय,
शाहजहाँपुर।
तददिनांक--

पत्रांक-- प्रधानाचार्य / नियुक्ति / ओ०एस०टी० / 2022-23 /

प्रतिलिपि- निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:

1. प्रमुख सचिव, चिकित्सा शिक्षा विभाग, उत्तर प्रदेश शासन, लखनऊ।
2. महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण, जवाहर भवन, लखनऊ।
3. निदेशक, उत्तर प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, लखनऊ।
4. संयुक्त निदेशक-टी.आई., उत्तर प्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण सोसाइटी, लखनऊ।
5. जिलाधिकारी, शाहजहाँपुर।
6. मुख्य चिकित्सा अधिकारी, शाहजहाँपुर।
7. जिला क्षयरोग अधिकारी, शाहजहाँपुर।
8. मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय सम्बद्ध चिकित्सालय, शाहजहाँपुर।
9. वित्त नियंत्रक, स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय, शाहजहाँपुर।
10. प्रभारी अधिकारी, ओ०एस०टी० केन्द्र, स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय, शाहजहाँपुर।

प्रधानाचार्य
स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय,
शाहजहाँपुर।

Office of the Principal, Autonomous State Medical College
Piprola, Shahjahanpur, Uttar Pradesh, Pin-242001

Email: principalsmeshah@gmail.com

Website: www.smeshah.in

Application Format

Advertisement Number and Date:

Post Applied Department.....

Self Attested
Photo

Note:- All information must be completed by the applicant.

1. Name of Applicant
2. Gender (Male/Female).....
3. Father/Husband's Name (Including Surname)
4. Present Address of Residence (including PIN code)
- Name of the City Phone No.
- Mobile Number Email. ID
5. Permanent Address
- Name of the City Phone No.
- Mobile Number Email. ID
6. Aadhar Card Number
7. PAN Card Number
8. Date of Birth (enclose the mark sheet of high school examination)
9. Age of applicant as on 01-07-2022 Day Month..... Year.
10. Applicant's Marital Status- Married/Unmarried
11. Category: Unreserved / Scheduled Caste / Scheduled Tribes / Other Backward Classes / EWS / Disabled
- (Attach photocopy of certificate issued by competent authority for reserved category)
12. Registration Number and Name of the Medical Council and Date
- a- MBBS-
- b- MD/MS-
- c- MCH/DM-
13. Educational Qualification: (Enclose attested photo copies of certificates and marks sheets)

No.	Name of the Examination	Institution/ Board/ University	Year	Subject	Marks Obtained/ Max Marks	MBBS Total Marks/ Percentage	Number of attempt (s)
1	MBBS						
2	MD/MS						
3							

14. Educational Experience:-

No.	Designation	From	To	Duration	Institution Name	Remark
1						
2						
3						
4						

(Attach experience certificate)

15. List of attached certificates

.....

.....

// Announcement //

1. I certify that the above information given by me is complete and true. In the event of information being false my application form/appointment letter can be cancelled.
2. I certify that I have not been found guilty by any court of any offense of moral decimation nor is there any such case against me in any jurisdiction.

Place

Date

Signature of the Applicant

.....

Full Name