

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,  
मध्य प्रदेश

क्र./01/विज्ञप्त/सेल-संविदा/17/

भोपाल, दिनांक /02/2017

प्रति,

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,  
मध्यप्रदेश।

विषय - प्री.पी.जी. (NEET) प्रवेश परीक्षा वर्ष 2017 हेतु सेवारत् अभ्यर्थियों को अधिभार अंक दिए जाने संबंधी दिशा निर्देश।

संदर्भ - संचालनालय का पत्र क्रमांक 253 दिनांक 06.02.2017.

==0==

उपरोक्त विषय में संदर्भित पत्र द्वारा प्री.पी.जी प्रवेश परीक्षा वर्ष 2017 हेतु सेवारत् अभ्यर्थियों को अधिभार अंक दिए जाने हेतु संलग्न निर्धारित प्रपत्र 8 एवं 8ए पर जानकारी आवश्यक रूप से उपलब्ध कराये जाने संबंधी लेख किया गया है। निर्धारित प्रपत्र 8 एवं 8ए जमा करने की अंतिम तिथि 28 फरवरी 2017 निर्धारित की जाती है।

11  
(शैलबाला मार्टिन)

अपर संचालक (प्रशासन)  
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक 21/07/2017

पृ० क्र./01/विज्ञप्त/सेल-संविदा/17/1052  
प्रतिलिपि -

1. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग भोपाल।
2. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग मंत्रालय भोपाल।
3. संचालक, चिकित्सा शिक्षा सतपुड़ा भवन भोपाल।
4. समस्त क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।

5/ सुवर्णा MIS,



अपर संचालक (प्रशासन)  
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,  
मध्य प्रदेश

क्र./01/विज्ञप्त/सेल-संविदा/17/

भोपाल, दिनांक

/02/2017

प्रति,

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,  
मध्यप्रदेश।

विषय - प्री.पी.जी. (NEET) प्रवेश परीक्षा वर्ष 2017 हेतु सेवारत् अभ्यर्थियों को अधिभार अंक दिए जाने संबंधी दिशा निर्देश।

==0==

उपरोक्त विषय में निर्देशित किया जाता है कि, प्री.पी.जी प्रवेश परीक्षा वर्ष 2017 हेतु सेवारत् अभ्यर्थियों को अधिभार अंक दिए जाने हेतु संलग्न निर्धारित प्रपत्र 8 एवं 8ए पर जानकारी सुक्ष्म परिक्षण उपरांत भरकर तत्काल इस कार्यालय को आवश्यक रूप से उपलब्ध करायें। चिकित्सकों के संबंध में जानकारी भरते समय इस बात का विशेष ध्यान रखा जावे कि चिकित्सक नियमित हैं अथवा संविदा। संविदा चिकित्सक नियमित पदस्थापना के विरुद्ध/300 पद के विरुद्ध अथवा आर.सी.एच./एन.आर.एच.एम. परियोजना अन्तर्गत कार्यरत् है।

प्रपत्र 8ए में पूर्ण जानकारी यथा चिकित्सक कहां पदस्थ है उसे अन्यत्र कार्य हेतु संलग्न किया गया हो तो स्पष्ट उल्लेख करें तथा पदस्थापना स्थान कि पूर्ण जानकारी यथा शहरी/नगर पंचायत/ग्राम पंचायत एवं आदिवासी क्षेत्र यदि हों का स्पष्ट उल्लेख हो।

चिकित्सक के विरुद्ध कोई कार्यवाही प्रचलन अथवा लंबित हो कि जानकारी एवं अनुपस्थिति का भी पूर्ण उल्लेख करें। फार्म 8ए पर दी गई जानकारी हेतु आप पूर्णतः व्यक्तिगत रूप से उत्तरदायी होंगे।


संलग्न - प्रपत्र 8 एवं 8ए।

//  
(शैलबाला मार्टिन)  
अपर संचालक (प्रशासन)  
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

पृ० क्र./01/विज्ञप्त/सेल-संविदा/17/254  
प्रतिलिपि -

भोपाल, दिनांक 06/02/2017

1. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग भोपाल।
2. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग मंत्रालय भोपाल।
3. संचालक, चिकित्सा शिक्षा सतपुड़ा भवन भोपाल।
4. समस्त क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।

  
अपर संचालक (प्रशासन)  
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

**NEET PRE PG TEST-2017**

**FORM - 8**

**FORM FOR PRE-PG 2017 FOR IN-SERVICE CANDIDATE**

NEET Confirmation ID.....

NEET Testing NoID/Roll.No.....

Name of Candidate.....

Father's Name.....

Date of Birth .....(In Words).....

NEET Score.....

Caste of Schedule Tribe/Schedule Caste/Backward Class/ Unreserved(attach certificate)

Place of posting PHC/CHC/CH/DH..... Distt. ....

Permanent address House No. .... Village/Mohalla..... Tehsil  
..... District ..... Pin Code .....

Address for Correspondence House No. .... Village/Mohalla .....  
Tehsil ..... District ..... Pin Code .....

Telephone No with code Residence ..... Mobile.No.....

Date of First Appointment...../...../.....

Whether selected by PSC? Yes/No. ....

Date of PSC confirmation ..... PSC Merit No. ....

Whether Regularised by Deptt ? Yes/No. ....

Date of Regularisation ..... order No. ....

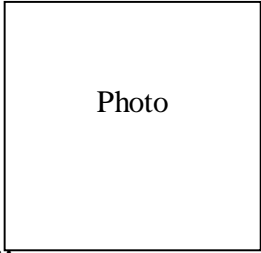
Whether working as R.C.H./N.R.H.M./ Contract Doctor ? .....

Details of under graduate Medical Degree ..... Year of passing .....

Whether holding any PG Degree/Diploma ..... Year of passing .....

Whether Appeared in All India Test & refused admission.....

Medical Council Registration No. ....



**Declaration**

I do here by solemnly affirm that the information given by me is correct to the best of my knowledge & belief. If the information is found incorrect my candidature shall be forfeited.

**Signature**

**Name** .....  
**Date** .....

# PRE PG TEST-2017

## FORM-8 -A

Details of posting as Medical Officer/Asstt.Surgeon

Dr.....

S. NO.	Place of Posting	Place of Actual Work	Period of Posting	Whether Rural/ Tribal/General /Nagar Panchayat area	Any period of Diesnon/Trg. or unsettled Leave case /Any DE/ Lokayukt / EOW/mention period
1	2	3	4	5	6

This is to certify that above posting/Place of work has been verified from Service book/ Personally and is correct. This is also Certified that there is no pending/pending unsettled leave for period of ..... (Mention dates). This is also certified that Dr. .... is working as Regular/ Contractual 300/ R.C.H/NRHM.....

Place .....

Chief Medical & Health Officer

Date .....

Name .....

### Certificate:-

1-MBBS marks sheet.

2- NEET 2017 Score Card

2-Certificate of caste for reserved category.

3-High School Certificate (for age verification)

4-Certificate for Rural Service.

5-Duly attested Photocopy of relevant portion of Service book showing rural posting and seave/unauthorized abence/long training during rural posting/attachment etc. during rural posting.