

मध्य प्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल

क्रमांक/एफ-3-1/2018/17/मेडि-1,

भोपाल, दिनांक 03.03.2018

प्रति,

01. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
मध्य प्रदेश।
02. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक,
मध्य प्रदेश।

विषय:- परिवीक्षा अवधि समाप्त करने हेतु शेष बचे चिकित्सा अधिकारियों जानकारी
उपलब्ध कराने के संबंध में।

==0==

उपरोक्त विषय के संबंध में यह तथ्य सामने आया है कि शासन द्वारा समय-समय पर जारी किये गये नियुक्ति आदेशों के तहत कार्यभार ग्रहण करने वाले चिकित्सा अधिकारियों की परिवीक्षा अवधि पूर्ण हो चुकी है परन्तु आज दिनांक तक उनके परिवीक्षा समाप्त करने के संबंध में आदेश जारी नहीं किये गये हैं।

अतः ऐसे चिकित्सकों के संबंध में जिनकी परिवीक्षा अवधि पूर्ण हो चुकी है परन्तु आज दिनांक तक उनके परिवीक्षा समाप्त करने के संबंध में आदेश जारी नहीं किये गये हैं, के संबंध में जानकारी परिवीक्षा अवधि समाप्त करने संबंधी फार्म के साथ जानकारी संलग्न प्रपत्र में भरकर दिनांक 13.03.2018 तक अनिवार्य रूप से ई-मेल द्वारा secretary.health@nic.in पर भिजवाना सुनिश्चित करें। इस कार्य को प्राथमिकता दे।

संलग्न:- उपरोक्तानुसार।



(कवीन्द्र कियावत)

सचिव

मध्य प्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

पृ. क्रमांक/एफ-3-1/2018/17/मेडि-1,

भोपाल, दिनांक 03.03.2018

प्रतिलिपि:- समस्त क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्य प्रदेश की ओर भेजकर लेख है कि चाही गई जानकारी समय-सीमा में उपलब्ध कराने हेतु अपने संभाग के अधिनस्थ मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारियों/सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षकों को निर्देशित करें।



सचिव

मध्य प्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,

चिकित्सा अधिकारी/दन्त शल्य चिकित्सक की परिवीक्षा अवधि समाप्त करने हेतु निर्धारित प्रपत्र

01.	चिकित्सक का पूरा नाम	:	
02.	चिकित्सक का वर्तमान पद	:	
03.	पिता/पति का नाम	:	
04.	जन्मतिथि	:	
05.	शैक्षणिक योग्यता	:	
06.	उपाधि उत्तीर्ण करने का वर्ष	:	
07.	स्नातकोत्तर उपाधि/पत्रोपाधि का विषय एवं उत्तीर्ण करने का वर्ष	:	
08.	गृह जिला	:	
09.	तदर्थ नियुक्ति (यदि कोई हो) के नियमितिकरण उपरांत दो वर्ष की परिवीक्षा अवधि पर रखे जाने संबंधी आदेश क्रमांक एवं दिनांक (आदेश की पठनीय सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करें)	:	
10.	तदर्थ नियुक्ति (यदि कोई हो) के नियमितिकरण दो वर्ष की परिवीक्षा पर कार्यभार ग्रहण करने का स्थान एवं दिनांक	:	
11.	म.प्र. लोक सेवा आयोग से सीधी भर्ती द्वारा चयन उपरांत नियुक्ति आदेश क्रमांक एवं दिनांक (आदेश की पठनीय सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करें)	:	
12.	म.प्र. लोक सेवा आयोग से सीधी भर्ती द्वारा चयन उपरांत कार्यभार ग्रहण करने का स्थान	:	
13.	म.प्र. लोक सेवा आयोग से सीधी भर्ती द्वारा चयन उपरांत कार्यभार ग्रहण करने का अवधि। में शासन द्वारा कोई वृद्धि की गई थी ? यदि हों तो उस आदेश का क्रमांक एवं दिनांक (आदेश की पठनीय सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करें)	:	
14.	अनुसूचित क्षेत्र में कार्यरत रहने का विवरण (पदस्थापना, कार्यस्थल एवं अवधि)	:	
15.	पूर्व में निराकृत विभागीय जांच (यदि कोई हो तो) का विवरण एवं निष्कर्ष।	:	

16.	क्या चिकित्सक के विरुद्ध वर्तमान में कोई जांच लंबित है ? यदि हाँ तो उसका संक्षिप्त विवरण।	:	
17.	सम्पूर्ण सेवाकाल में क्या कोई अवधि का अकार्य दिवस (डायजनान) घोषित की गई है ? यदि हाँ तो उसका आदेश क्रमांक एवं दिनांक एवं अवधि (आदेश की पठनीय सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करें)	:	
18.	क्या सम्पूर्ण सेवाकाल में किसी अवधि का असाधारण अवकाश स्वीकृत किया गया है ? यदि हाँ तो उसका आदेश क्रमांक एवं दिनांक एवं अवधि (आदेश की पठनीय सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करें)	:	
19.	अनाधिकृत अनुपस्थिति की अवधि जिसका अभी तक निराकरण न हुआ हो (यदि कोई हो)	:	
20.	क्या चिकित्सक वर्तमान में निरंतर सेवारत है ?	:	हाँ/ नहीं
21.	वर्तमान पदस्थापना	:	
22.	सामान्य जनता सहयोगी, कर्मचारियों/ अधिकारियों एवं वरिष्ठ अधिकारियों के साथ संबंध।	:	संतोषप्रद/ असंतोषप्रद
23.	राष्ट्रीय कार्यक्रमों एवं महामारी नियंत्रण कार्यक्रमों में रूची	:	संतोषप्रद/ असंतोषप्रद
24.	कर्तव्य पर उपस्थिति नियमितता तथा लगनशीलता	:	संतोषप्रद/ असंतोषप्रद
25.	निष्ठा (निष्ठा संदिग्ध बताई जाने की स्थिति में उसका आधार स्पष्ट किया जाए)	:	संदिग्ध/ असंदिग्ध
26.	तकनीकी ज्ञान	:	संतोषप्रद/ असंतोषप्रद
27.	परिवीक्षा अवधि समाप्त करने के संबंध में अभिमत	:	परिवीक्षा अवधि समाप्त की जाये/ परिवीक्षा अवधि में वृद्धि की जाये

प्रमाणित किया जाता है कि चिकित्सक का उक्त सेवा विवरण उसके सेवा अभिलेख के आधार पर तैयार किया गया है जो कि सही है।

स्थान :-

दिनांक :-

हस्ताक्षर एवं पद मुद्रा

चिकित्सा अधिकारियों की परीक्षा अवधि समाप्त करने हेतु चाही गई जानकारी का प्रारूप

क्रमांक	चिकित्सा अधिकारी का नाम	पदस्थापना स्थान	नियुक्ति आदेश क्रमांक/दिनांक	कार्यभार ग्रहण करने दिनांक	परीक्षा समाप्त/पूर्ण करने का दिनांक	क्या परीक्षा अवधि समाप्त करने हेतु विगत 03 वर्षों के वार्षिक गोपनीय प्रतिवेदन प्रेषित कर दिये गये है (हाँ या नहीं)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

टीप:- चाही गई जानकारी निर्धारित प्रपत्र में **Kruti Dev 10, font size 16** में टाईप कर भेजे।