

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

क्र./प्रशि./सीपीएस/2019/ 514


भोपाल, दिनांक 31/08/2019

स्पाँसरशिप प्रमाण पत्र

सी.पी.एस., मुम्बई के द्वारा प्रदेश में लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के तहत जिला चिकित्सालय भोपाल, सागर, सतना, सिविल अस्पताल रानी दुर्गावती, जबलपुर गैस राहत विभाग के तहत कमला नेहरू चिकित्सालय एवं इंदिरा गाँधी चिकित्सालय तथा चिकित्सा शिक्षा विभाग के तहत मानसिक अरोग्यशाला, ग्वालियर को स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम संचालित करने हेतु सी.पी.एस., मुम्बई के द्वारा संबद्धता प्रदान की गई थी। इन चिकित्सालयों में स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु नीट 2019 में पात्र सेवारत चिकित्सा अधिकारियों (सूची संलग्न) को मॉप अप राउंड की काउंसलिंग दिनांक 26 अगस्त 2019 में चयन उपरांत 24 माह के लिये स्पाँसरशिप प्रमाण पत्र जारी किया जाता है। इन चिकित्सा अधिकारियों को इस आदेश जारी होने के 15 दिवस के अंदर बंध-पत्र संपादित करना अनिवार्य होगा। नियमित चिकित्सा अधिकारी के द्वारा संचालक, स्वास्थ्य सेवायें के पक्ष में तथा संविदा चिकित्सा अधिकारी मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के पक्ष में बंध-पत्र संपादित किया जाए।

इन सेवारत चिकित्सा अधिकारियों को विभाग द्वारा स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम की अवधि का वेतन/मानदेय प्रदाय किया जावेगा। यह स्पाँसरशिप किसी भी स्थिति में पाठ्यक्रम की फीस एवं किसी अन्य लाभ के लिये नहीं होगी। स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम अवधि पूर्ण होने पर चिकित्सा अधिकारी अपनी उपस्थिति आवश्यक रूप से स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, भोपाल को देंगे (भले ही वे परीक्षा में उत्तीर्ण हुये हो अथवा नहीं)।

संलग्न -चयनित चिकित्सा अधिकारियों की सूची एवं
बंध-पत्र के प्रारूप।


(राकेश मुंशी)

संयुक्त संचालक (प्रशिक्षण)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

प्रतिलिपि:-कृपया सूचनार्थ प्रेषित

1. प्रमुख सचिव, मध्य प्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, भोपाल।
2. आयुक्त, चिकित्सा शिक्षा, मध्यप्रदेश।
3. मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश।
4. संचालक (प्रशासन), स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।
5. क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवाएँ, रीवा संभाग, रीवा मध्यप्रदेश।
6. अपर संचालक (वित्त), संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.।
7. संयुक्त संचालक (कार्या0 स्था0), संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.।
8. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला रीवा को सूचनार्थ। कृपया नियमित सेवारत चिकित्सा अधिकारियों को संबन्धित जिला अस्पताल/सिविल अस्पताल में दिनांक 5 सितम्बर 2019 तक कर्तव्य पर उपस्थित होने के लिये कार्यमुक्त करना सुनिश्चित करें एवं इनका माह सितम्बर 2019 का वेतन (पेड इन अक्टूबर 2019) का आहरण करने के पश्चात सेवा-पुस्तिका एवं अंतिम वेतन प्रमाण-पत्र आगामी माह के वेतन आहरण हेतु संयुक्त संचालक (कार्या. स्था.), संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ को उपलब्ध कराना सुनिश्चित करे। संविदा चिकित्सा अधिकारियों के माह सितम्बर 2019 के मानदेय (पेड इन अक्टूबर 2019) का आहरण करने के बाद आगामी माह से इन्हे मानदेय का भुगतान नहीं किया जाये। संविदा चिकित्सा अधिकारियों को जिला अस्पताल सतना/भोपाल द्वारा स्टायपंड का भुगतान किया जायेगा।
9. सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक, जिला चिकित्सालय - भोपाल एवं सतना म.प्र.।
10. जिला कोषालय अधिकारी, सतना म.प्र.।
11. आहरण एवं संवितरण अधिकारी, संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.।
12. संबंधित चिकित्सा अधिकारी को सूचनार्थ एवं पालनार्थ। आपको आवंटित संस्था में दिनांक 5 सितम्बर 2019 तक कर्तव्य पर अनिवार्यरूप से उपस्थित होना सुनिश्चित करे।

संयुक्त संचालक (प्रशिक्षण)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ
मध्यप्रदेश

List of Medical Officers selected for CPS PG Diploma Course 2019
Mop up Round dated 26th August 2019

| S. No | Name of Candidates | Place of Posting | Category | NEET Roll Number | NEET Score | Weightage | Total Score | Subject Allotted | Hospital | Regular/ Contractual |
|-------|--------------------------|----------------------|----------|------------------|------------|-----------|-------------|------------------|------------|----------------------|
| 18 | Dr Virendra Kumar Shukla | PHC Choukhandi, Rewa | UR | 1966126428 | 450 | 0 | 450 | DCH | JPH Bhopal | Contractual |
| 19 | Dr Maheep Kumar Rajak | PHC Dhabhoura, Rewa | OBC | 1966126470 | 338 | | 439.4 | DCH | DH Satna | Regular |



401

फोटो

सेवारत अभ्यर्थियों के लिए

आदिवासी बाहुल्य क्षेत्र में सेवा प्रदान करने हेतु बंध-पत्र - 1

(रूपये 500/- के नॉन ज्यूडिशियल स्टॉम्प पर निष्पादित कर नोटरी द्वारा सत्यापित किया जावे)

1. मैं डॉ०..... पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री
..... निवासी प्रदेश के
जिला/सिविल अस्पताल/मानसिक आरोग्यशाला/गैस राहत चिकित्सालय
में स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु अभ्यर्थी हूँ।
2. मैंने सी.पी.एस., मुम्बई के माध्यम से स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु विभाग के दिशानिर्देशों एवं
मध्यप्रदेश स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम प्रवेश नियम 2019 को भलीभांति पढ़कर समझ लिया है।
3. मैं सामान्य/अ.ज.जा./अ.जा./अ.पि.व. से हूँ।
4. मैं एतद् द्वारा यह बंध पत्र निम्न शर्तों पर निष्पादित करती/करता हूँ कि-

- अ) मैं सी.पी.एस. से पी.जी. डिप्लोमा प्राप्त करने के उपरांत शासन द्वारा निर्देशित आदिवासी बाहुल्य क्षेत्रों में
निर्धारित की गई अवधि तक अनिवार्य रूप से चिकित्सा सेवा प्रदान करूंगी/करूंगा।
- ब) यह कि उपरोक्तानुसार शासन द्वारा निर्देशित स्थानों पर निर्धारित अवधि के लिये चिकित्सा सेवा करना मेरे
लिए बंधनकारी रहेगा।
- स) मैं निम्न बातों के लिये अपनी सहमति प्रदान करती/करता हूँ:-
 - I. यह कि मध्यप्रदेश शासन द्वारा समय समय पर दिये जाने वाले निर्देशों/अनुदेशों का पालन करने हेतु
वचनवद्ध रहूंगी/रहूंगा।
 - II. यह कि निर्धारित अवधि (तीन वर्ष) की शासकीय सेवा शासन द्वारा निर्दिष्ट स्थान पर न करने की
स्थिति में मैं शासन को पीजी डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु रूपये 20.00 लाख (रूपये बीस लाख) का
भुगतान करने का वचन देती/देता हूँ।
- द) यह कि बंधपत्र के प्रावधानों का उल्लंघन होने की दशा में जिला/सिविल अस्पताल/मानसिक
आरोग्यशाला/गैस राहत चिकित्सालय में जमा मूल दस्तावेज वापस प्राप्त करने का मुझे अधिकार नहीं होगा।

नाम एवं हस्ताक्षर

गवाह:-

1

2

402

प्रतिभूतिकर्ता

मैं डॉ०.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री.....
निवासी.....उपरोक्तानुसार बंध-पत्र में उल्लेखित राशि के समकक्ष बैंक गारंटी
संचालक, स्वास्थ्य सेवायें/मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के नाम जमा करूंगा जिससे बंधपत्र में
उल्लेखित राशि वसूल की जा सकेगी।

हस्ताक्षर
आवेदक/निष्पादनकर्ता

गवाह:-

- 1
- 2

403

फोटो

सेवारत अभ्यर्थियों के लिए सीट लीविंग बंध-पत्र - 2

(रूपये 500/- के नॉन ज्यूडिशियल स्टॉम्प पर निष्पादित कर नोटरी द्वारा सत्यापित किया जावे)

1. मैं डॉ०..... पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री निवासी
..... प्रदेश के जिला/सिविल अस्पताल/मानसिक आरोग्यशाला/गैस राहत
चिकित्सालय में स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु अभ्यर्थी हूँ।
2. मैंने सी.पी.एस., मुम्बई के माध्यम से स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु विभाग के दिशानिर्देशों एवं मध्यप्रदेश
स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम प्रवेश नियम 2019 को भलीभांति पढ़कर समझ लिया है।
3. मैं शपथ पूर्वक घोषणा करती/करता हूँ कि मेरे द्वारा सी.पी.एस. पाठ्यक्रम की काउंसलिंग 2019 में भाग लेकर
आवंटित सीट विषय तथा संस्था जिला/सिविल अस्पताल/मानसिक आरोग्यशाला/गैस राहत
चिकित्सालय में प्रवेश लिया गया है।
4. मैं एतद् द्वारा यह बंध पत्र निम्न शर्तों पर निष्पादित करती/करता हूँ कि--
अ) मैं स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम में प्रवेश प्राप्त करने के उपरांत अध्ययनरत रहकर पाठ्यक्रम पूर्ण करूंगी/
करूंगा।
ब) यह कि मेरे द्वारा पाठ्यक्रम पूर्ण होने से पूर्व किसी भी परिस्थिति में सीट से त्यागपत्र दिये जाने अथवा मेरा
प्रवेश उपरांत संस्था के द्वारा निष्कासन किये जाने की स्थिति में, मैं संबंधित संस्था की रोगी कल्याण समिति को
सीट लीविंग बांड राशि रू. 10,00,000/- (रू. दस लाख मात्र) भुगतान करने का वचन देती/देता हूँ।
स) यह कि सीट लीविंग बांड राशि रू. 10,00,000 (रू. दस लाख मात्र) जमा न करने की स्थिति में मुझे मेरे
द्वारा जमा मूल दस्तावेज वापस प्राप्त करने का अधिकार नहीं होगा।

हस्ताक्षर एवं नाम

गवाह:-

1

2

404

प्रतिभूतिकर्ता

मैं डॉ० पुत्र/पुत्री/पत्नी
निवासी.....उपरोक्तानुसार बंधपत्र में उल्लेखित राशि के समकक्ष बैंक
गारंटी संचालक, स्वास्थ्य सेवायें/मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के नाम जमा करूंगा जिससे
बंधपत्र में उल्लेखित राशि वसूल की जा सकेगी।

हस्ताक्षर

आवेदक/निष्पादनकर्ता

गवाहः

1

2