



कार्यालय अधिष्ठाता
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

बैंक गारण्टी के आधार पत्र मूल दस्तावेज प्रदान करने हेतु।
(यू.जी.)

(संचालक चिकित्सा शिक्षा म.प्र. का पत्र क्र. 1242/पीजी/4/संचिशि/यू.जी./2024
भोपाल दिनांक 11.09.2024)

जिनकी इंटर्नशिप अवधि कों 1 वर्ष से अधिक हुआ हों

चेक लिस्ट				
क्र	दस्तावेज के नाम	प्राप्त	अप्राप्त	रिमार्क
1	आवेदन			
2	चार साल की बैंक गारण्टी			
3	शपथ पत्र (छात्र का)			
4	शपथ पत्र (अभिभावक का)			
5	रैंक लेटर/एडमिट कार्ड/			
6	अलॉटमेंट लेटर			
7	एडमिशन लेटर			1 माह के अंदर जमा करें।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

Signature Verifying Officer/
Section Incharge



कार्यालय अधिष्ठाता
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

बैंक गारण्टी के आधार पत्र मूल दस्तावेज प्रदान करने हेतु।
(पी.जी.)

(संचालक चिकित्सा शिक्षा म.प्र. का पत्र क्र. 1242/पीजी/4/संचिशि/यू.जी./2024
भोपाल दिनांक 11.09.2024)

चेक लिस्ट				
क्र	दस्तावेज के नाम	प्राप्त	अप्राप्त	रिमार्क
1	आवेदन			
2	चार साल की बैंक गारण्टी			
3	शपथ पत्र (छात्र का)			
4	शपथ पत्र (अभिभावक का)			
5	रैंक लेटर/एडमिट कार्ड/			
6	अलॉटमेंट लेटर			
7	एडमिशन लेटर			1 माह के अंदर जमा करें।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

Signature Verifying Officer/
Section Incharge



कार्यालय अधिष्ठाता
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

शपथ-पत्र के आधार पत्र मूल दस्तावेज प्रदान करने हेतु।
(यू.जी.)

इंटर्नशिप पूर्ण करने के 1वर्ष के भीतर नीट पी.जी. उत्तीर्ण की हों।

चेक लिस्ट				
क्र	दस्तावेज के नाम	प्राप्त	अप्राप्त	रिमार्क
1	आवेदन			
2	शपथ पत्र (छात्र का)			
3	शपथ पत्र (अभिभावक का)			
4	रैंक लेटर			
5	अलॉटमेंट लेटर			

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

Signature Verifying Officer/
Section Incharge



कार्यालय अधिष्ठाता
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

शपथ-पत्र के आधार पत्र मूल दस्तावेज प्रदान करने हेतु।
(पी.जी.)

चेक लिस्ट				
क्र	दस्तावेज के नाम	प्राप्त	अप्राप्त	रिमार्क
1	आवेदन			
2	शपथ पत्र (छात्र का)			
3	शपथ पत्र (अभिभावक का)			
4	रैंक लेटर			
5	अलॉटमेंट लेटर			

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

Signature Verifying Officer/
Section Incharge



कार्यालय अधिष्ठाता
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

डी.एच.एस. की एन.ओ.सी. के आधार पत्र मूल दस्तावेज प्रदान
करने हेतु।
(यू.जी. / पी.जी.)

चेक लिस्ट				
क्र	दस्तावेज के नाम	प्राप्त	अप्राप्त / अमान्य	रिमार्क
1	आवेदन			
2	एन.ओ.सी. (डी.एच.एस.)			

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

Signature Verifying Officer/
Section Incharge



कार्यालय अधिष्ठाता
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

कोर्ट केस के आधार पत्र मूल दस्तावेज प्रदान करने हेतु।

चेक लिस्ट				
क्र	दस्तावेज के नाम	प्राप्त	अप्राप्त	रिमार्क
1	आवेदन			
2	कोर्ट आदेश की छायाप्रति			
3	शपथ पत्र (छात्र का)			
4	शपथ पत्र (अभिभावक का)			

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

Signature Verifying Officer/
Section Incharge