

कार्यालय अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
गांधी चिकित्सा महाविद्यालय, स्वशासी समिति, भोपाल।

क्रमांक...../एम.सी./अराज/05/2023

भोपाल, दिनांक...../02/2023

प्रति,

- 1- प्रीती कुशवाहा(OBC) नर्सिंग ऑफिसर,
द्वारा-अधिष्ठाता, श्यामशाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा।
- 2- मिथलेश्वरी धुर्वे(ST) नर्सिंग ऑफिसर
द्वारा-अधिष्ठाता, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय रतलाम।
- 3- प्रीती मसानी(SC) नर्सिंग ऑफिसर
द्वारा-अधिष्ठाता, महात्मा गांधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय इंदौर।

विषय:- पारस्परिक अदला-बदली के आधार पर नवीन नियुक्ति के संबंध में।

सन्दर्भ:- इस कार्यालय का अनापत्ति प्रमाण-पत्र क्रमांक 4876-83/एम.सी./अराज/05/2023 भोपाल
दिनांक 06/02/2023।

-0-

उपरोक्त विषयान्तर्गत मध्य प्रदेश चिकित्सा शिक्षा विभाग, मंत्रालय के आदेश क्रमांक एफ-एफ
2/57/2018/55-1 दिनांक 30 सितम्बर 2018 में वर्णित शर्तों के अनुसार बिन्दु-01 से 04 तक के
नियम के अन्तर्गत गाँधी चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल से संबंधित चिकित्सालयों में कार्यरत नवीन
नियुक्त स्वशासी स्टाफ नर्सों के आवेदन पत्रों के आधार पर आपसी सहमती से पारस्परिक अदला-बदली
हेतु नवीन नियुक्ति के तारतम्य में कॉलम क्रमांक 3 में अंकित निम्नानुसार स्टाफ नर्सों को मूल दस्तावेजों
के सत्यापन हेतु आमंत्रित किया जाता है।

| क. | चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल से संबंधित चिकित्सालयों में कार्यरत कर्मचारी का पदनाम एवं चयनित श्रेणी | कॉलम 02 में दर्शाये कर्मचारी जिसके एवज में अन्य चिकित्सा महाविद्यालय में कार्यरत कर्मचारी को नवीन नियुक्ति प्रदान की जानी है का विवरण |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | मीना पटेल(OBC) हमी0 चिकित्सालय | प्रीती कुशवाहा, चिकि0महावि0रीवा |
| 2 | मोनिका निनामा (ST) हमी0 चिकित्सालय | मिथलेश्वरी धुर्वे, चिकि0महावि0 रतलाम |
| 3 | दीपा धीमान(SC) हमी0 चिकित्सालय | प्रीती मसानी, चिकि0 महा0 इंदौर |

अतः मध्य प्रदेश शासन, चिकित्सा शिक्षा विभाग, मंत्रालय के आदेश दिनांक 30-9-2018 एवं
कार्यालयीन अनापत्ति प्रमाण-पत्र की शर्तों के अनुसार मूल दस्तावेजों की सूची के अनुसार सत्यापन हेतु
दिनांक.....21/2/2023.....को प्रात 11.00 बजे से दोपहर 02:00 बजे तक गाँधी चिकित्सा महाविद्यालय
भोपाल के एडमिन ब्लॉक में दस्तावेज सत्यापन समिति के समक्ष मूलदस्तावेज एवं अन्य दस्तावेजों की
स्वयं प्रमाणित छायापति एक (01)सेट में फाइल कवर के साथ लेकर स्वयं उपस्थित हों।

संलग्न:- दस्तावेज सूची

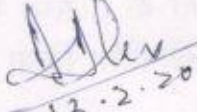
अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
गांधी चिकित्सा महाविद्यालय, स्वशासी समिति, भोपाल।

पृ.क्र.मॉक 6380-91/एम.सी./अराज/05/2023

भोपाल, दिनांक...13/02/2023

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु ।

1. संभागायुक्त भोपाल, संभाग भोपाल, एवं अध्यक्ष, कार्यकारिणी समीति, स्वशासी समीति, गांधी चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल ।
2. संचालक, चिकित्सा शिक्षा, मध्य प्रदेश भोपाल ।
3. अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी, स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय, रीवा/रतलाम/इंदौर की ओर सूचनार्थ ।
4. संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक, हमीदिया चिकित्सालय भोपाल की ओर सूचनार्थ प्रेषित ।
5. डॉ. एके० जैन, प्राध्यापक एवं अध्यक्ष, दस्तावेज सत्यापन समीति, गांधी चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल ।
6. डॉ. आशीष जैन, सह-प्राध्यापक एवं सदस्य, फोरेन्सिक विभाग, गांधी चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल ।
7. डॉ. रतन सिंह, प्राध्यापक एवं सदस्य, रेस्पिरेटरी मेडिसिन विभाग, गांधी चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल ।
8. डॉ. मनीष सुल्या, सह-प्राध्यापक एवं सदस्य, पैथोलॉजी विभाग, गांधी चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल ।
9. श्री चैतलाल माहोर, साईंसटिस्ट एवं सदस्य, रेडियोथेरेपी विभाग, गांधी चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल ।
10. संबंधित कॉलम न०2 पर अंकित स्टाफ नर्सों की ओर भेजकर लेख है कि पारस्परिक अदला बदली हेतु, दस्तावेज सत्यापन समीति के समक्ष चिकित्सा महाविद्यालय में निर्धारित दिनांक एवं समय पर स्वयं उपस्थित होंगे ।


13.2.2023

अधिष्ठाता एवं मुख्य कार्यपालन अधिकारी
गांधी चिकित्सा महाविद्यालय, स्वशासी समीति, भोपाल ।

गांधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल
दस्तावेजों की सूची

PHOTO

| क्रं. | दस्तावेज / प्रमाण-पत्र का विवरण | प्रस्तुत दस्तावेज |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | नियम 10 अ के तहत आपसी सहमति आवेदन पत्र की छायाप्रति। | हां / नहीं |
| 2 | कक्षा-10वीं अंकसूची। | हां / नहीं |
| 3 | कक्षा-12वीं अंकसूची। | हां / नहीं |
| 4 | बी.एस.सी.नर्सिंग की अंकसूची। | हां / नहीं |
| 5 | बी.एस.सी.नर्सिंग की डिग्री। | हां / नहीं |
| 6 | नर्सिंग काउंसिल का पंजीयन प्रमाण-पत्र। | हां / नहीं |
| 7 | जाति प्रमाण-पत्र (Caste Certificate) यदि लागू हो तो | हां / नहीं |
| 8 | अनापत्ति प्रमाण-पत्र (NOC) | हां / नहीं |
| 9 | प्रथम नियुक्ति आदेश की प्रति। | हां / नहीं |
| 10 | शपथ-पत्र (नवीन नियुक्ति प्रदान किये जाने पर भविष्य में वरिष्ठता हेतु मांग न करने के संबंध में।) | हां / नहीं |
| 11 | पहचान पत्र- आधार कार्ड / पेन कार्ड / वोडरकार्ड / ड्रायविंग लायसेन्स | हां / नहीं |

नोट:-कोविड गाईडलाइन का पालन किया जाना अनिवार्य है।

दिनांक.....

हस्ताक्षर

नाम-

पदनाम-

संबंधित चिकित्सा महाविद्यालय का नाम