

बिहार लोक सेवा आयोग, पटना
स्वास्थ्य विभाग, बिहार के अन्तर्गत बिहार स्वास्थ्य सेवा के अधीन बेसिक ग्रेड के दन्त चिकित्सकों के
पदों पर नियुक्ति (वि.सं. 05/2015) हेतु आवेदन पत्र

केवल कार्यालय प्रयोग हेतु

आवेदक भरें

आयोग कार्यालय में प्राप्ति की तिथि	<input type="text"/>	विज्ञापन सं.	<input type="text"/>
अनुक्रमांक	<input type="text"/>	पद का नाम	<input type="text"/>

ध्यातव्य: उपयुक्त रिक्त आयतों को नीले/काले इंक के बॉल प्वाइंट पेन से भरें।

01. (i) नाम (हिन्दी में)

अंग्रेजी में (In Block Letters)

(ii) पिता/पति का नाम अंग्रेजी में (In Block Letters)

(iii) माता का नाम (अंग्रेजी में) (In Block Letters)

(iv) जन्म तिथि (अंकों में)

दिन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	महीना	<input type="text"/>	<input type="text"/>	वर्ष	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	------	----------------------	----------------------	----------------------

 (vi) लिंग पुरुष - 1 स्त्री - 2

(v) दिनांक 01.08.2014 को उम्र

वर्ष	<input type="text"/>	<input type="text"/>	महीना	<input type="text"/>	<input type="text"/>	दिन	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	-----	----------------------	----------------------

 (उम्र के सत्यापन के लिए मैट्रिक के प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करें)

02. (i) क्या आप भारत के नागरिक हैं? हाँ - 1 नहीं - 2 (ii) क्या आप बिहार राज्य के स्थायी अधिवासो हैं? हाँ - 1 नहीं - 2

(iii) क्या आप किसी आरक्षित वर्ग से हैं? हाँ - 1 नहीं - 2 (iv) यदि हाँ, तो संबंधित आरक्षित वर्ग का कोड रिक्त आयत में भरें। अ.जा.-02 अ.ज.जा.-03 अ.पि.व.-04 पि.व.-05 पि.व. की महिला-06

(v) आपके संबंधित आरक्षित वर्ग के अधीन आपकी संबंधित जाति का नाम

03. (i) क्या आप शारीरिक रूप से विकलांग हैं? हाँ - 1 नहीं - 2 यदि हाँ, तो विकलांगता का स्वरूप अंकित करें दृष्टि बाधित-1 अस्थि विकलांग-3 मूक-बधिर-2

विकलांगता का प्रतिशत 40% से अधिक - 1 40% से कम - 2

(ii) क्या आप बिहार सरकार के सेवक हैं? यदि हाँ, तो हाँ - 1 नहीं - 2 क्या आप भूतपूर्व सैनिक हैं? हाँ - 1 नहीं - 2

पदनाम कार्यालय स्थान

(iv) क्या आप बिहार एवं उड़ीसा मेडिकल एक्ट 1916 या डेन्टिस्ट एक्ट, 1948 के अन्तर्गत स्थायी रूप से निबंधित हैं? हाँ - 1 नहीं - 2 यदि हाँ तो निबंधन सं. एवं वर्ष

04. चालान के माध्यम से जमा किये गये शुल्क की कुल राशि 100 रुपये - 1 25 रुपये - 2

05. दूरभाष संख्या (एस.टी.डी. कोड सहित) मोबाइल संख्या ई-मेल

पूरा नाम एवं पत्राचार का पता

नाम :
पता :
.....
.....
जिलाराज्य
पिन कोड <input type="text"/>

<p>पासपोर्ट आकार का फोटो अच्छी तरह चिपकाएँ और उसपर नाम या हस्ताक्षर अंकित न करें।</p>
--

उम्मीदवार का हस्ताक्षर :

हिन्दी में

अंग्रेजी में

06. स्थायी पता

	पिन कोड
जिला	राज्य

07. क्या आप विवाहित हैं? हाँ - 1
 नहीं - 2

08. (i) **शैक्षक योग्यता :**

उत्तीर्ण परीक्षा	संकाय विषय	सत्र	उत्तीर्णता का वर्ष	संस्थान	विश्वविद्यालय	प्राप्तांक पूर्णांक	प्रतिशत
बी.डी.एस.							

उम्मीदवारों द्वारा बी.डी.एस. की सभी परीक्षाओं का अंक पत्र अलग-अलग वर्षवार/सेमेस्टरवार संलग्न करना अनिवार्य है।

(ii) **स्नातकोत्तर अथवा समकक्ष एवं उच्चतर योग्यता :**

उत्तीर्ण परीक्षा	संकाय	सत्र	उत्तीर्णता का वर्ष	विश्वविद्यालय
स्नातकोत्तर (एम.डी.एस.)				
अन्य उच्चतर डिग्री				

(iii) **बिहार सरकार के अस्पतालों में नियमित/अनुबंध के आधार पर बी.डी.एस./स्नातकोत्तर डिग्री धारक द्वारा नियुक्ति उपरान्त प्राप्त कार्यानुभव :**

पदनाम	उस अस्पताल / संस्थान का नाम जहाँ कार्यरत हैं	कार्यरत रहने की कुल अवधि	कार्यरत रहने की अवधि का ब्योरा		प्रमाण पत्र जारी करने वाले पदाधिकारी का पदनाम
			कब से	कब तक	

09. उम्मीदवार का एक शारीरिक पहचान चिह्न :

10. अन्य कोई सूचना:

11. चालान के माध्यम से जमा किये गये परीक्षा शुल्क का विवरण [BPSC's Copy मूल में अनुलग्न करें]

क्रम सं.	भारतीय स्टेट बैंक की शाखा का नाम	JOURNAL NO.	परीक्षा शुल्क जमा करने की तिथि	राशि	
				रु.	पै.

घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में ऊपर दी गई सूचनाएँ सत्य एवं सही हैं। मैंने किसी प्रकार की जानकारी को नहीं छुपाया है। फिर भी यदि ऊपर में दी गई कोई जानकारी गलत सिद्ध होती है, तो उसके लिए मैं जिम्मेवार होऊँगा/होऊँगी और मैं मानता/मानती हूँ कि मेरे विरुद्ध वैधानिक/दण्डात्मक कार्रवाई करते हुए मेरे आवेदन को रद्द किया जा सकता है। इसमें मुझे कोई आपत्ति नहीं होगी। मैं आयोग के सभी नियमों का पालन करने के लिए तैयार हूँ।

अनुलग्नक:-

- (i)
- (ii)
- (iii)
- (iv)
- (v)
- (vi)
- (vii)
- (viii)
- (ix)
- (x)
- (xi)

पासपोर्ट आकार का फोटो अच्छी तरह चिपकाएँ एवं इस प्रकार स्वअभिप्रमाणित करें कि उसका आधा भाग आवेदन पर एवं आधा भाग फोटो पर रहे।

तिथि :

उम्मीदवार का
हस्ताक्षर :

हिन्दी में

स्थान :

अंग्रेजी में

(केवल सरकारी सेवकों के लिए)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/सुश्री/श्रीमती दिनांक से बिहार सरकार के अधीन के अस्थायी/स्थायी पद पर कार्यरत हैं। जहाँ तक मेरी जानकारी है, इनका चरित्र उत्तम है और यह विभाग इन्हें विज्ञापित पद पर नियुक्ति के लिए विरमित/मुक्त कर सकेगा।

कार्यालय का मुहर एवं तिथि

नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर

नियंत्री पदाधिकारी का नाम

पदनाम

विभाग

तिथि

(नोट :- उपर्युक्त कॉलम सरकारी सेवकों के लिए है। उक्त कॉलम को संविदा/अनुबंध के आधार पर कार्यरत चिकित्सक नहीं भरेंगे)