संशोधित

कार्यालय अधिष्ठाता

छिन्दवाड़ा इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेस छिन्दवाड़ा (म.प्र.) 480001

(An Institute Under Government of Madhya Pradesh)

Email: deanmedicalcollegechhindwara@gmail.com

दूरभाष – 07162-297009

क्रमांक / स्था / राज / सिम्स / 2025 / 12792 छिन्दवाड़ा, दिनांकः– 11 / 11 / 2025

// सूचना–सहायक प्राध्यापक हेतु //

संस्था द्वारा जारी विज्ञापन क्रमांक / स्था / विज्ञप्त / 7717, दिनांक 28 / 06 / 2025 एवं संशोधित विज्ञापन क्रमांक / स्था / विज्ञप्त / 8424, दिनांक 14 / 07 / 2025 के द्वारा सहायक प्राध्यापक, एनाटॉमी, निश्चेतना, फॉरेंसिक मेडिसिन, अस्थिरोग, सर्जरी, फार्मोकालॉजी, पैथोलॉजी, के रिक्त पदो का साक्षात्कार दिनांक 13 नवंबर, 2025 को पलाश रेसीडेंसी एमपीटी भोपाल में प्रातः 09 बजे होना है।

जिस हेतु दिनांक 13 नंवबर 2025 को दस्तावेज सत्यापन हेतु उपस्थित होने वाले उपरोक्त अभ्यार्थी संलग्न स्कूट्री प्रोफार्मा अनुसार अपने मूल दस्तावेज एवं दस्तावेंजो का एक सेट स्वाप्रमाणित अभिलेख एवं 02 नग पासपोर्ट साईज फोटो सहित, स्कूट्रनी प्रोफार्मा भरकर उपस्थित निर्धारित समय पर उपस्थित होंवें।

अधिष्ठाता
छिन्दवाड़ा इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेस
छिन्दवाड़ा म0प्र0
DEAN
Chhindwara Institute of Medical Sciences
Chhindwara (M.P.)

पृ.क्रमांक / स्था / राज / सिम्स / 2025 / 12793-12796 छिन्दवाड़ा, दिनांकः 11 / 11 / 2025

प्रतिलिपिः–

1. मुख्य कार्यपालन अधिकारी आयुष्मान भारत निरामयम भोपाल म0प्र0 (अध्यक्ष स्वशासी कार्यकारिणी समिति, सिम्स) की ओर सूचनार्थ।
2. संचालक, लोक स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा विभाग, भोपाल की ओर सूचनार्थ।
3. विभागाध्यक्ष.....सिम्स की ओर सूचनार्थ।
4. संबंधित .....सिम्स की ओर सूचनार्थ एवं पालनार्थ।

अधिष्ठाता
छिन्दवाड़ा इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेस
छिन्दवाड़ा म0प्र0
DEAN
Chhindwara Institute of Medical Sciences
Chhindwara (M.P.)

CHHINDWARA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, CHHINDWARA

Scrutiny Proforma

Check List (to be filled by Applicant)

Attach Passport size Photograph with Cross Signature

Advt No. 8424 Dated. 14-07-2025

Name of Applicant_____

Date of Birth (dd/mm/yyyy)_____/_____/Age/Sex_____

Marital Status (If married, age at marriage)_____No. of Children_____

Mobile No_____

Email Id_____

Subject	Post	Category	Verification by Scrutiny Officer

Original Documents:-

<table>
<tr><th>S No</th><th>Filled by Applicant</th><th>Filled by Scrutiny Officer (Yes/No)</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>High School/ Higher Secondary -</td><td></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>MBBS/BDS/MSc Mark Sheet/Degree -
<table>
<tr><th></th><th>MBBS marks</th><th>Percentage</th><th>Attempt if any</th></tr>
<tr><td>First proff</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Second proff</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Third proff</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Fourth proff</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Average%</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td></td></tr>
<tr><td>3.</td><td colspan="3">Internship completion certificate - Y/N....., Year.....</td><td></td></tr>
<tr><td>4.</td><td>P.G. Degree (MD/MS/DNB/ MDS/PHd)</td><td>Subject -</td><td>Year -</td><td>Attempt - Attempt Certificate (Y/N)</td><td></td></tr>
</table>

5. **Registration of MBBS** - (Y/N) ..... Year .....

Registration of P.G. Degree - (Y/N) .....Year .....

6. **Certificate of Teaching Experience -**

* *EXPERIENCE TO BE CALCULATED ONY AFTER FULFILMENT OF ESSENTIAL QUALIFICATION CRITERIA*

Institution	Designation	Experience after Postgraduation [MD/MS/ DNB/MDS/PhD]	Institute Recognized [MCI/DCI] [Y/N]	Experience in Years/ Months/ Days
	Professor			
	Associate Professor			
	Assistant Professor			
	Demonstrator /Tutor/S.R.			

7. **Publications in International/ National Indexed Journals as per NMC:**

S. No	Designation at time of Publications	Name of Journal	Indexing / PMID	Authors hip No.	Date of Publishing	Yes or No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

NOTE:- Attach list of Publication separately (if required)

8. **Total Work experience in MP Govt.** [in years] -

9.	**Certificate of Award(s) if any**	If Yes, Designation at the time of Award		International / National Conference	Original Research Paper / Case Report/Poster Presentation		Year- .....
10.	**BCBR**	Y/N	Year	**BCME**	Y/N	Year	
11.	**For the post of Assistant Professor in Dentistry**			[i] Experience certificate for Private College Candidate			Y/N
				[ii] Salary Statement for the mentioned period (Year since)			Y/N
				[iii] Documents related to ITR (Income Tax Return) Form16 (Year since)			Y/N
12.	**For PhD Candidate**			Documents related to in-campus PhD proof			Y/N
13.	**Caste Certificate by Competent Authority**_____						
14.	**M.P. Domicile (Yes/No)**_____						
15.	**Employers NOC if in service** (Government/Semi Government/Private)						
16.	**Identity Card** (Adhaar Card/Pan Card/ Driving license/ Voter ID) No. _____						

Applicant
Name:
Signature:
Date:

Scrutiny Officer
Name :
Signature:
Date :

Comment (Application Approved/Not Approved) -

Signature of Chairman Verification Committee -