

OFFICE OF THE DEAN
LATE BALIRAM KASHYAP MEMORIAL GOVT. MEDICAL COLLEGE
DIMRAPAL, JAGDALPUR (CHHATTISGARH)

ORIGINAL DOCUMENT REQUIRED FOR ADMISSION IN PG (MD/MS) COURSE
ALL INDIA / STATE QUOTA Candidate (Admission Year 2023-24)

1. Allotment Letter
2. Admit Card Pre-PG NEET exam.
3. Rank Letter (Which contained Percentile data)
4. Score Card (Pre- PG NEET exam)
5. Relieving Letter (for Candidate who previously admitted in other institute in 1st allotment and allotted seat for this Institute in 2nd allotment)
6. Mark sheet of Class 10th or Birth Certificate
7. Mark sheet of Class 12th
8. MBBS all Mark sheets
9. Internship Completion Certificate
10. MBBS Degree
11. Medical Council Registration Certificate
12. Transfer Certificate
13. Character Certificate
14. Migration Certificate (Affidavit if not available)
15. Nationality/Domicile Certificate
16. Caste Certificate (Central Caste Certificate for AIQ admission)
17. 06 Passport Size Color Photograph (NEET PG)
18. Rural Service Bond (as per CG PG admission Rules) (250 Rs)
19. Course Breakage Bond (as per CG PG admission Rules) (250 Rs)
20. College Affidavit (50 Rs)
21. Medical Fitness
22. 2 sets photocopies of above all Certificates and documents with self- attest.
23. Disability Certificate if applicable (For PH Candidate)

Fee:- Total Fee Rs. 80,000/-

Demand Draft - in favor of "Autonomous Society , Late Baliram Kashyap Memorial Govt. Medical College Dimrapal Jagdalpur)

(250/- के नानज्युडिशियल स्टाम्प पर निष्पादित कर नोटरी द्वारा सत्यापित कराया जाए)

(राज्य कोटे से छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालयों में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में प्रवेशार्थियों द्वारा राज्य शासन के अधीन सेवा करने हेतु बंधपत्र (बॉण्ड) का प्रारूप)

1. मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री..... निवासी.....
छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालय में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में प्रवेशित अभ्यर्थी हूँ। मेरा चयन एमडी/एमएस/डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु सामान्य/आरक्षित श्रेणी के अंतर्गत हुआ है।
2. यह कि मुझे वर्ष 2023 में आयोजित "NEET" प्रवेश परीक्षा से शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय जगदलपुर में शैक्षणिक सत्र 2023-24 में सीट आबंटित की गई है।
3. यह कि वर्ष 2023 की काउंसलिंग के पूर्व मैंने छत्तीसगढ़ शासन, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, नया रायपुर की अधिसूचना क्रमांक..... रायपुर दिनांक 09/12/2021 F-21-01-2018/9155-4
छत्तीसगढ़ राज्य के चिकित्सा महाविद्यालयों के एमडी/एमएस/डिप्लोमा पाठ्यक्रमों में प्रवेश नियमों को पढ़कर भली-भाँति समझ लिया है। उपरोक्त अधिसूचना के नियम 15 जिसमें राज्य शासन के अधीन सेवा करने हेतु बंधपत्र निष्पादित करने संबंधित जानकारी दी गई है, जिसे मैंने भली-भाँति समझ लिया है एवं मैं उक्त नियम की सभी बिन्दुओं से सहमत हूँ।
4. मैं एतद्वारा बंधपत्र निम्न शर्तों पर निष्पादित करता/करती हूँ, कि मैं एमडी/एमएस/डिप्लोमा पाठ्यक्रम को सफलतापूर्वक पूर्ण करने के उपरान्त राज्य शासन के अधीन दो वर्षों की कालावधि तक अनिवार्य रूप से कार्य करूंगा/करूंगी।
5. यह कि इस बंधपत्र का उल्लंघन होने की दशा में, शासन को अधिकार होगा कि मेरी चल एवं अचल संपत्ति से अथवा इस बंधपत्र में मेरे प्रतिभूति के रूप में हस्ताक्षरकर्ता श्री..... पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री..... निवासी..... की चल एवं अचल संपत्ति (संपत्ति का सम्पूर्ण विवरण) से इस बंधपत्र की राशि रुपयेशब्दों में (रुपए.....) की वसूली और साथ ही पाठ्यक्रम

अवधि के दौरान शासन द्वारा भुगतान की गई सम्पूर्ण छात्रवृत्ति/शिष्यवृत्ति की सम्पूर्ण राशि की वसूली भू-राजस्व के बकाया के रूप में की जायेगी।

6. जब तक पूरी राशि की वसूली नहीं हो जाती तब तक मुझे अधिष्ठाता के द्वारा अनापत्ति प्रमाणपत्र प्रदान नहीं किया जायेगा।
7. अधिष्ठाता के द्वारा अनापत्ति प्रमाणपत्र जारी होने के पश्चात मैं संचालक चिकित्सा शिक्षा को उक्त अनापत्ति प्रमाणपत्र प्रस्तुत करूंगा/करूंगी, जिसकी अनुशंसा पर विश्वविद्यालय द्वारा अंतिम डिग्री प्रदान की जावेगी एवं राज्य मेडिकल बोर्ड में स्नातकोत्तर योग्यता का स्थायी पंजीयन मुझे प्राप्त अंतिम डिग्री के आधार पर ही किया जायेगा।
8. एमडी/एमएस/डिप्लोमा पाठ्यक्रम के सफलतापूर्वक पूर्ण किये जाने की सूचना विश्वविद्यालय से प्राप्ति के बारह माह के भीतर यदि आयुक्त, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग नियुक्ति आदेश जारी नहीं करते हैं तो यह बंधपत्र स्वमेव निरस्त समझा जायेगा।
9. यह कि मुझे ज्ञात है कि विवाद की स्थिति में, छत्तीसगढ़ शासन का निर्णय मान्य होगा।

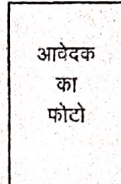
गवाह :

हस्ताक्षर

1.....हस्ताक्षर

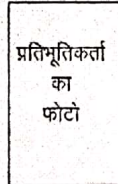
आवेदक / निष्पादनकर्ता

2.....हस्ताक्षर



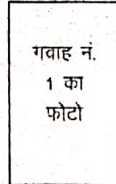
आवेदक
का
फोटो

आवेदक



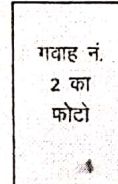
प्रतिभूतिकर्ता
का
फोटो

प्रतिभूतिकर्ता



गवाह नं.
1 का
फोटो

गवाह 01



गवाह नं.
2 का
फोटो

गवाह 02

प्रतिभूतिकर्ता

मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री.....निवासी.....

.....उपरोक्तानुसार बंधपत्र के लिए प्रतिभूति तथा बंधपत्र के उल्लघन की दशा में,
बंधपत्र में उल्लिखित राशि मेरी चल एवं अचल संपत्ति से वसूल की जा सकेगी।

हस्ताक्षर

प्रतिभूतिकर्ता (बिन्दु क्रमांक 05)

परिशिष्ट-पांच (ख)

(सभी प्रवेशित अभ्यर्थियों हेतु)

(250/- के नानज्युडिशियल स्टाम्प पर निष्पादित कर नोटरी द्वारा सत्यापित किया जाए)
छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालय में प्रवेशार्थियों द्वारा निष्पादित किए जाने वाले शपथ पत्र
का प्रारूप

मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री..... निवासी.....

.. छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालय में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु अभ्यर्थी हूँ।

1. मैंने छत्तीसगढ़ शासन स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय रायपुर की
अधिसूचना क्रमांक "छत्तीसगढ़ चिकित्सा स्नातकोत्तर प्रवेश नियम, 2021"
F-21-01-2018/9/55-4, 09/12/2021 को भली-भाँति पढ़कर समझ लिया है।

2. मैं राज्य कोटे/अखिल भारतीय कोटे के सामान्य/आरक्षित श्रेणी का छात्र हूँ।

3. मैं एतद्वारा यह शपथपत्र निम्न शर्तों पर निष्पादित करता हूँ कि :-

(क) यदि माननीय उच्चतम न्यायालय/भारतीय चिकित्सा परिषद द्वारा इस शैक्षणिक वर्ष हेतु प्रवेश की निर्धारित अंतिम तिथि के उपरांत मेरे द्वारा प्रवेशित सीट से त्यागपत्र दिया जाता है तो रु. 25,000.00 (पच्चीस लाख रुपये) तथा तीन/दो वर्षों तक प्रदाय किये जाने वाले स्टायपण्ड की राशि (अद्यतन स्थिति में गणना की गई) शासन को मेरे द्वारा देय होगी।

(ख) मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि पाठ्यक्रम अवधि के दौरान यदि मुझ पर अनुशासनात्मक कार्यवाही करते हुए महाविद्यालय प्रशासन के द्वारा मुझे महाविद्यालय से निष्कासित किया जाता है तो भी उपरोक्त खण्ड में वर्णित राशि शासन को मेरे द्वारा देय होगी।

(ग) उक्त राशि के भुगतान करने के पश्चात् ही मेरे द्वारा प्रवेश के समय महाविद्यालय प्रशासन में जमा किये गए मूल प्रमाणपत्र मुझे वापस प्रदाय किये जायेंगे।

(घ) यह कि मुझे ज्ञात है कि विवाद की स्थिति में छत्तीसगढ़ शासन का निर्णय अंतिम एवं मान्य होगा।

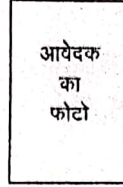
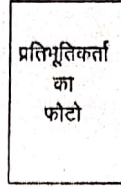
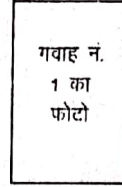
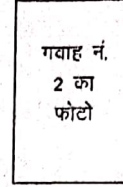
हस्ताक्षर

आवेशक/निष्पादनकर्ता

गवाह :

1.....हस्ताक्षर

2.....हस्ताक्षर

आवेदक
का
फोटोप्रतिभूतिकर्ता
का
फोटोगवाह नं.
1 का
फोटोगवाह नं.
2 का
फोटो

प्रतिभूतिकर्ता

मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री.....निवासी

उपरोक्तानुसार बंधपत्र के लिए प्रतिभूति तथा बन्धपत्र के उल्लंघन की दशा में, बंधपत्र में
उल्लिखित राशि मेरी चल एवं अचल संपत्ति से वसूल की जा सकेगी।

हस्ताक्षर

प्रतिभूतिकर्ता

50 RUPESS INDIA NON JUDICIAL STAMP

AFFIDAVIT

I S/O ,D/O Aged.....Years/ Male/Female

R/o Village- Tah-..... Dist-

Solemnly affirms and state an oath as under:-

1. The certificates and document which I am submitting at the time of admission in this institute is true and correct.
2. I would not involve in any ragging activity in any manner & obey all rules and regulation of institute
3. That in case, the Declaration/Certificate & Document given by me or any part of it is found to be false, then my admission will be cancelled automatically without any further information by Dean/DME/Govt. of Chhattisgarh and fees being forfeited.

VERIFICATION

I S/O D/O Aged.....Years/ Male/Female

R/o Village- Teh-..... Dist-State.....,

Do hereby declare on oath that the contents of pare No. 1,2,3,, are and correct to the best of my knowledge and belief. Verified at Jagdalpur and signed.

Witness

- 1.
- 2.

Deponent

PHYSICAL FITNESS CERTIFICATE
FOR MBBS/MD/MS/DNB ADMISSION 20

Photograph

I/We do hereby certify that shri/Ku./Smt _____
S/o, D/o W/e Shri _____
candidate for MBBS/MD/MS/DNB Admission in the Late BRKM Govt.
Medical College, Dimrapal Jagdalpur.

Candidate has been examined by me/us and cannot discover that he/she has disease
constitutional weakness or bodily infirmity

except

I/We do not consider this

disqualification for admission in the Late BRKM Govt. Medical College, Jagdalpur.

1. Circulatory System.....
2. Blood pressure
3. Respiratory System
4. Elementary System
5. Central Nervous System
6. Genl to urinary System

Reaction

Sp Gravity

Albumen

Sugar

Special Organs,

Right Eye Left Eye Color Blindness

His/Her age according to his/her/own statement _____ years and by
appearance _____ year. He/she has been fully vaccinated (Signature Parents)

Fit/Unfit/Temporary Unfit

Signature Physician
(with Stamp)

Signature Ophthalmologist
(with Stamp)

Signature Surgeon
(with Stamp)

Signature Gynecologist (For Female Candidate)
(with Stamp)

Signature of Candidate
Dated:

Chairman Medical Board
Shaheed Mahendra Karma Govt.
Hospital, Dimrapal, Jagdalpur

Scanned with CamScanner