



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 को 1 वर्ष से अधिक हुआ हों ।

| चेक लिस्ट |                                                                     |         |          |                         |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|---------|----------|-------------------------|
| क्र       | दस्तावेज के नाम                                                     | प्राप्त | अप्राप्त | रिमार्क/दस्तावेज क.     |
| 1         | आवेदन                                                               |         |          |                         |
| 2         | चार साल की बैंक गारण्टी<br>(बैंक:- गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय शाखा) |         |          |                         |
| 3         | शपथ पत्र (छात्र का)                                                 |         |          |                         |
| 4         | शपथ पत्र (अभिभावक का)                                               |         |          |                         |
| 5         | रैंक लेटर                                                           |         |          |                         |
| 6         | एडमिट कार्ड                                                         |         |          |                         |
| 7         | अलॉटमेंट लेटर                                                       |         |          |                         |
| 8         | एडमिशन लेटर                                                         |         |          | 1 माह के अंदर जमा करें। |
| 9         | शपथ पत्र<br>(एडमिशन लेटर जमा करने बाबत)                             |         |          |                         |
| 10        | समस्त जमा दस्तावेजों की<br>कलर कॉपी (1 सेट)                         |         |          |                         |
| 11        | नो-ड्यूज फॉर्म                                                      |         |          |                         |

नोट:- दस्तावेज प्राप्त करने का समय प्रातः 10 बजे से 3 बजे तक।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

अभिभावक का नाम.....

अभिभावक का मो. न.....

स्थाई पता:-.....

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. छात्र)

(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/दस्तावेज क.     |
| 1         | आवेदन                                                                  |         |          |                         |
| 2         | चार साल की बैंक गारण्टी<br>(बैंक:- गॉंधी चिकित्सा<br>महाविद्यालय शाखा) |         |          |                         |
| 3         | शपथ पत्र (छात्र का)                                                    |         |          |                         |
| 4         | शपथ पत्र (अभिभावक का)                                                  |         |          |                         |
| 5         | रैंक लेटर                                                              |         |          |                         |
| 6         | एडमिट कार्ड                                                            |         |          |                         |
| 7         | अलॉटमेंट लेटर                                                          |         |          |                         |
| 8         | एडमिशन लेटर                                                            |         |          | 1 माह के अंदर जमा करें। |
| 9         | शपथ पत्र<br>(एडमिशन लेटर जमा करने<br>बाबत)                             |         |          |                         |
| 10        | समस्त जमा दस्तावेजों की<br>कलर कॉपी (1 सेट)                            |         |          |                         |
| 11        | नो-ड्यूज फॉर्म                                                         |         |          |                         |

नोट:- दस्तावेज प्राप्त करने का समय प्रातः 10 बजे से 3 बजे तक।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

अभिभावक का नाम.....

अभिभावक का मो. न.....

स्थायी पता:-.....

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 / क्रमांक       |
| 1         | आवेदन                                                                                                                    |         |          |                         |
| 2         | शपथ पत्र (छात्र का) 200/-                                                                                                |         |          |                         |
| 3         | शपथ पत्र (अभिभावक का) 200/-                                                                                              |         |          |                         |
| 4         | रैंक लेटर                                                                                                                |         |          |                         |
| 5         | अलॉटमेंट लेटर                                                                                                            |         |          |                         |
| 8         | एडमिशन लेटर                                                                                                              |         |          | 1 माह के अंदर जमा करें। |
| 9         | शपथ पत्र 200/-<br>(एडमिशन लेटर जमा करने बाबत)                                                                            |         |          |                         |
| 10        | संचालक चिकित्सा शिक्षा का आदेश<br>क्र. 1415/पीजी/4/संचिशि/2025<br>भोपाल दिनांक 04.11.2025<br>(दस्तावेज प्रदान करने हेतु) |         |          |                         |
| 11        | समस्त जमा दस्तावेजों की कलर कॉपी (1 सेट)                                                                                 |         |          |                         |
| 12        | नो-ड्यूज फॉर्म                                                                                                           |         |          |                         |
| 13        | आई.सी.सी. की फोटोकॉपी                                                                                                    |         |          |                         |

**नोट:-** दस्तावेज प्राप्त करने का समय प्रातः 10 बजे से 3 बजे तक।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

अभिभावक का नाम.....

अभिभावक का मो. न.....

स्थायी पता:-.....

**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/क. |
| 1         | आवेदन                                       |         |                 |            |
| 2         | एन.ओ.सी. (डी.एच.एस.)                        |         |                 |            |
| 3         | समस्त जमा दस्तावेजों की कलर कॉपी<br>(1 सेट) |         |                 |            |
| 4         | नो-ड्यूज फॉर्म                              |         |                 |            |

नोट:- दस्तावेज प्राप्त करने का समय प्रातः 10 बजे से 3 बजे तक।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

अभिभावक का नाम.....

अभिभावक का मो. न.....

स्थायी पता:-.....

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 / दस्तावेज क. |
| 1         | आवेदन                                    |         |          |                       |
| 2         | कोर्ट आदेश की छायाप्रति                  |         |          |                       |
| 3         | शपथ पत्र (छात्र का)                      |         |          |                       |
| 4         | शपथ पत्र (अभिभावक का)                    |         |          |                       |
| 5         | बॉण्ड मनी जमा पावती                      |         |          |                       |
| 6         | डी.एच.एस. अनापत्ति प्रमाण-पत्र           |         |          |                       |
| 7         | समस्त जमा दस्तावेजों की कलर कॉपी (1 सेट) |         |          |                       |
| 8         | नो-ड्यूज फॉर्म                           |         |          |                       |

नोट:- दस्तावेज प्राप्त करने का समय प्रातः 10 बजे से 3 बजे तक।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

अभिभावक का नाम.....

अभिभावक का मो. न.....

स्थायी पता:-.....

Signature Verifying Officer/  
Section Incharge



कार्यालय अधिष्ठाता  
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

बॉण्ड मनी के आधार पत्र मूल दस्तावेज प्रदान करने हेतु।

(यू.जी./पी.जी.)

बॉण्ड मनी की एन.ओ.सी. के आधार पत्र मूल दस्तावेज प्रदान  
करने हेतु।

| चेक लिस्ट |                                             |         |                 |                     |
|-----------|---------------------------------------------|---------|-----------------|---------------------|
| क्र       | दस्तावेज के नाम                             | प्राप्त | अप्राप्त/अमान्य | रिमार्क/दस्तावेज क. |
| 1         | आवेदन                                       |         |                 |                     |
| 2         | बॉण्ड राशि जमा करने की पावती।               |         |                 |                     |
| 3         | समस्त जमा दस्तावेजों की कलर कॉपी<br>(1 सेट) |         |                 |                     |
| 4         | नो-ड्यूज फॉर्म                              |         |                 |                     |

नोट:- दस्तावेज प्राप्त करने का समय प्रातः 10 बजे से 3 बजे तक।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

अभिभावक का नाम.....

अभिभावक का मो. न.....

स्थायी पता:-.....

Signature Verifying Officer/  
Section Incharge



कार्यालय अधिष्ठाता  
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

इनसर्विस (सेलरी) छात्र/छात्राओं मूल दस्तावेज प्रदान करने हेतु।  
(पी.जी.)

| चेक लिस्ट |                                             |         |                 |                     |
|-----------|---------------------------------------------|---------|-----------------|---------------------|
| क्र       | दस्तावेज के नाम                             | प्राप्त | अप्राप्त/अमान्य | रिमार्क/दस्तावेज क. |
| 1         | आवेदन                                       |         |                 |                     |
| 2         | शपथ पत्र                                    |         |                 |                     |
| 3         | नो-ड्यूज फॉर्म                              |         |                 |                     |
| 4         | रिलिविंग लेटर (डिपार्टमेंट)                 |         |                 |                     |
| 5         | स्पॉन्सर आदेश (डी.एच.एस.)                   |         |                 |                     |
| 6         | मूल विभाग का ज्वानिंग लेटर                  |         |                 |                     |
| 7         | समस्त जमा दस्तावेजों की कलर कॉपी<br>(1 सेट) |         |                 |                     |

नोट:- दस्तावेज प्राप्त करने का समय प्रातः 10 बजे से 3 बजे तक।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

अभिभावक का नाम.....

अभिभावक का मो. न.....

स्थायी पता:-.....

Signature Verifying Officer/  
Section Incharge



कार्यालय अधिष्ठाता  
गॉंधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल

S.NO.:-

इनसर्विस (स्टायपेंड) छात्र/छात्राओं मूल दस्तावेज प्रदान करने हेतु।

(पी.जी.)

| चेक लिस्ट |                                             |         |                 |                     |
|-----------|---------------------------------------------|---------|-----------------|---------------------|
| क्र       | दस्तावेज के नाम                             | प्राप्त | अप्राप्त/अमान्य | रिमार्क/दस्तावेज क. |
| 1         | आवेदन                                       |         |                 |                     |
|           | एन.ओ.सी. (डी.एच.एस)                         |         |                 |                     |
| 3         | नो-ड्यूज फॉर्म                              |         |                 |                     |
| 4         | रिलिविंग लेटर (डिपार्टमेंट)                 |         |                 |                     |
| 5         | स्पॉन्सर आदेश (डी.एच.एस.)                   |         |                 |                     |
| 6         | समस्त जमा दस्तावेजों की कलर कॉपी<br>(1 सेट) |         |                 |                     |

नोट:- दस्तावेज प्राप्त करने का समय प्रातः 10 बजे से 3 बजे तक।

अभ्यर्थी का नाम.....

अभ्यर्थी का मोबाईल न.....

बैच.....

अभिभावक का नाम.....

अभिभावक का मो. न.....

स्थायी पता:-.....

Signature Verifying Officer/  
Section Incharge