5

स0स0 3/विविध–01–18/2026

बिहार सरकार

स्वास्थ्य विभाग

प्रेषक,

विनोद कुमार पाठक,
सरकार के उप सचिव ।

सेवा में

अधीक्षक, अनुग्रह नारायण मगध मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल, गयाजी।
उप सचिव, गृह विभाग (आरक्षी शाखा), बिहार, पटना।

पटना, दिनांक :

विषयः अनापत्ति प्रमाण पत्र निर्गत करने हेतु वांछित कागजात/अभिलेख उपलब्ध कराने के संबंध में।

महाशय,

उपर्युक्त विषय के संबंध में कहना है कि बिहार स्वास्थ्य सेवा सम्वर्ग के निम्नलिखित चिकित्सा पदाधिकारियो को विभिन्न प्रायोजनों हेतु अनापत्ति दिए जाने के संबंध में प्राप्त आवेदन को स्तंभ–3 में वर्णित कागजात/अभिलेख अप्राप्त रहने के कारण तत्काल विचार योग्य नहीं है ।

क0 सं0	**चिकित्सा पदाधिकारी का नाम**	**अभिलेख/कागजात**
1	**2**	**3**
1	डा0 फरीदा इकबाल, चिकित्सा पदाधिकारी, अनुग्रह नारायण मगध मेडिकल कॉलेज एव अस्पताल, गयाजी	अनापत्ति प्रमाण पत्र हेतु नवीनतम विहित जॉच पत्र संलग्न नहीं ।
2	डा0 स्वाति, चिकित्सा पदाधिकारी, बिहार पुलिस अकादमी, राजगीर	अनापत्ति प्रमाण पत्र हेतु नवीनतम विहित जॉच पत्र पर नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर नहीं।

02. अतः अनुरोध है कि उक्त चिकित्सा पदाधिकारियों से पूर्ण सूचना सहित स्तम्भ–3 में अंकित अभिलेख/कागजात प्राप्त कर अनुशंसा सहित उपलब्ध कराया जाए ताकि अनापत्ति प्रमाण पत्र हेतु कार्रवाई की जा सके ।

विश्वासभाजन

अनुलग्नकः यथोक्त ।

ह0/–

(विनोद कुमार पाठक)

ज्ञापांक . 287(3) /स्वा0, पटना, दिनांक : 25/3/26

प्रतिलिपिः संबंधित चिकित्सा पदाधिकारी को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।

अनुरोध है कि उक्त वाछित कागजात अपने नियंत्री पदाधिकारी से सम्पर्क साधते हुए अपने स्तर से उपलब्ध कराने की कृपा की जाए ।

प्रतिलिपिः आई0टी0 मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना को विभागीय बेवसाईट पर अपलोड करने हेतु सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।

Mfamak 25/3/26

सरकार के उप सचिव

बिहार स्वास्थ्य सेवा/दंत चिकित्सक सेवा सम्वर्ग के चिकित्सक/दंत चिकित्सक को उच्च शिक्षा/प्रशिक्षण/विभिन्न प्रायोजन हेतु अनापत्ति/अनुमति प्रदान करने संबंधी जॉच पत्र

1 आवेदक का नाम/पदनाम/पदस्थल :–

2 जन्म तिथि :-

3 मोबाईल स0 –

4 पत्राचार का स्थाई पता –

5 संवर्ग (बिहार स्वास्थ्य सेवा/दंत चिकित्सक सेवा संवर्ग) :–

6 वरीयता क्रमांक (2025 के औपबंधिक वरीयता के अनुसार).–

7 (क) प्रथम नियुक्ति अधिसूचना स0 एवं दिनांक .–

(ख) सेवा में प्रथम योगदान की तिथि (प्रथम प्रभार प्रतिवेदन संलग्न करें):–

8 कुल सेवावधि –

(क) वर्तमान पदस्थापना का नाम:–

(ख) योगदान की तिथि –

9 चिकित्सक पी0जी0 उत्तीर्ण है अथवा नहीं –

यदि उत्तीर्ण हों तो पी0जी0 उत्तीर्णता वर्ष, संस्थान का नाम, सत्र एवं विषय अंकित करें –

10 चिकित्सक जुनियर रेजिडेंट/सीनियर रेजिडेंट का प्रशिक्षण प्राप्त है अथवा नही :–

यदि हॉ तो संस्थान का नाम सत्र एवं विषय अंकित करें –

11 चिकित्सक किसी बंध पत्र से आच्छादित है अथवा नही (यदि हॉ तो स्पष्ट सूचना अंकित करें):–

12 (क) परीक्षा/साक्षात्कार जिसमें सम्मिलित होना है, संस्थान का नाम सहित विस्तृत विवरणी :–

(ख) परीक्षा/साक्षात्कार की तिथि (संगत पत्र के साथ)–

13 आलोच्य मामले में आवेदन करते समय विभागीय अनुमति प्राप्त किया गया है अथवा नहीं–

(यदि हॉ तो विभागीय आदेश की प्रति संलग्न करें):–

14 आवेदन उचित माध्यम से अनुशंसित एवं अग्रसारित है ?

चिकित्सक का हस्ताक्षर | नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर

159(3)
24/3/25

(To be issued on Official Letter Head duly signed and stamped)

For admission to Sponsored DNB (Post MBBS/ Post Diploma) Seats

Ref No Dated: dd/mm/yy

To,

The Executive Director,
National Board of Examinations in Medical Sciences,
Medical Enclave, Mahatma Gandhi Marg (Ring Road),
Ansari Nagar,
New Delhi-110029

Subject: Candidate/s who are eligible for participating in the Sponsored DNB (Post-MBBS and Post-Diploma) Seats Counseling-Regarding.

Sir,

It is hereby certified that the following **IN - SERVICE** doctor/s who have appeared in NEET- PG 2025/ DNB-PDCET 2025 session and qualified the exam are eligible to participate in the Sponsored DNB (Post MBBS/ Post Diploma) seats counseling, conducted by NBEMS.

S. No.	Name of the Doctor	Roll number (NEET-PG/ DNB-PDCET)	Obtained score	Result (Qualified/ Not Qualified)	Merit Position
1					
2					
3					
4					

1 It is hereby confirmed that he/ she / they is/ are working on a **regular basis** in the department of ... . (Full Office address) under Ministry of . ... in the State of ...., which is a Government (State/ Central/ Autonomous/ PSUs, etc.) organization.

2 The undersigned is fully aware that.

(i) NBEMS is conducting the centralized merit-based Counseling on All India Basis for the Sponsored NBEMS seats

(ii) Candidate/s can opt for the Sponsored DNB seats either in the NBEMS accredited Government hospital or **Private** hospitals.

(iii) Candidate/s can opt for the Sponsored DNB seats in their State wherein he/ she is serving or in the other States/ UTs of India.

3. **The undersigned undertakes that the study leave shall be granted to the candidate as required under Rule 50 of Central Civil Services (Leave) Rules, 1972 or any other applicable Rule and also shall relieve the candidate in case of his/ her selection to the sponsored DNB (Post MBBS and Post Diploma) Seat, for joining the DNB training.**

4 The candidate is ______________ **(entitled/ not entitled)** to receive salary from the parent department and necessary allowances as per the ________________ rules of the parent department (Sponsoring Government organization) during his/her period of DNB training. The candidate shall, therefore, _________________ **(not receive / continue to receive)** salary and necessary allowances during the said period. NBEMS or its accredited institutes will not pay any stipend to any candidate.

[illegible] Controlling Authority, Secretary (Health) [illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

Date.

Undertaking to be submitted by the candidate

I, ______________________________ (NEET PG/ DNB Post Diploma Roll no ______________), am working at the post of ________________________ in the office of ___________________________________ on **regular** basis. I state that I am fully aware and conscious of the terms and conditions of the NOC issued by my parent department and am fully and completely bound by the same

I specifically state that I shall not be entitled to any stipend either from the hospital or from NBEMS and I shall be entitled to receive salaries and allowances from the parent department only if permissible in terms of Clause 4 of the NOC.

______________________________ (Signature of the candidate)

______________________________ (Name of the candidate)

______________________________ (Date and Place)