

सं०सं०-17/विधि 01-06/2026 - 458(17)

बिहार सरकार
स्वास्थ्य विभाग

प्रेषक,

अतिआवश्यक

रेणु कुमारी,
विशेष कार्य पदाधिकारी।

सेवा में,

सभी सिविल सर्जन, बिहार।
निदेशक/अधीक्षक/उपाधीक्षक/प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी,
राज्य के सभी राजकीय चिकित्सा संस्थान, बिहार।

पटना, दिनांक :- 17/04/2026

विषय :- बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सकों को सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर के तीन वर्षीय टेन्योर पदों के लिए आवेदन करने हेतु अनापत्ति प्रदान करने के संबंध में।

महाशय,

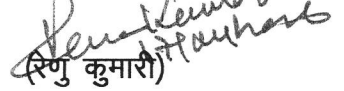
उपर्युक्त विषय के संबंध में कहना है कि राज्य के राजकीय चिकित्सा महाविद्यालय एवं अस्पतालों के विभिन्न विभागों में सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर के तीन वर्षीय टेन्योर पदों पर नियुक्ति हेतु बिहार संयुक्त प्रवेश प्रतियोगिता परीक्षा पर्वद, पटना द्वारा विज्ञापन प्रकाशित किया गया है।

उल्लेखनीय है कि विभागीय परिपत्र संख्या-245(17), दिनांक-24.02.2026 द्वारा चिकित्सक शिक्षक/सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर तथा पी०जी०/डिप्लोमा (बॉण्ड) के अंतर्गत पदस्थापित चिकित्सकों के अभ्यावेदन के साथ वाँछित जाँच-प्रपत्र में सूचना नियंत्रि पदाधिकारी की अनुशंसा (मंतव्य) सहित उपलब्ध कराने का दिशा-निर्देश निर्गत है, जिसमें बंध-पत्र से आच्छादित चिकित्सकों को सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर के पद हेतु अनापत्ति प्रदान करने संबंधी जाँच-पत्र भी शामिल है।

अतः उक्त के आलोक में अनुरोध है कि सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर के पद हेतु आवेदन करने के लिए बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सकों के अनापत्ति प्रमाण-पत्र प्रदान करने से संबंधित अभ्यावेदन के साथ वाँछित जाँच-पत्र (साक्ष्य सहित) में सूचना स्पष्ट अनुशंसा (मंतव्य) सहित उपलब्ध कराना सुनिश्चित करेंगे।

अनु०- यथोक्त।

विश्वासभाजन,


(रेणु कुमारी)

विशेष कार्य पदाधिकारी।

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :-.....
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :-.....
2. जन्म-तिथि :-.....
3. पदनाम :-.....
4. विभाग का नाम :-.....
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :-.....
6. वरीयता क्रमांक :-.....
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक :-.....
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :-.....
9. वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट संलग्न है अथवा नहीं :-.....
10. संगत वर्ष की चारित्री (मूल प्रति) (प्रारंभिक एक वर्ष का चारित्री सहित) संलग्न है अथवा नहीं :-.....
11. सेवा इतिहास का स्वहस्ताक्षरित प्रति संलग्न है अथवा नहीं :-.....
12. कोषागार प्रशिक्षण प्रमाण पत्र संलग्न है अथवा नहीं :-.....
13. विभागीय परीक्षा उत्तीर्णता प्रमाण पत्र संलग्न है अथवा नहीं :-.....
14. आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने/नियमित रूप से सेवारत रहने से संबंधित शपथ-पत्र संलग्न है अथवा नहीं :-.....
15. नियंत्रि पदाधिकारी द्वारा निर्गत लगातार कार्यरत होने का प्रमाण पत्र संलग्न है अथवा नहीं :-.....
16. मोबाईल नम्बर :-.....
17. ई-मेल आई० डी० :-.....
18. पत्राचार का पता (पिन कोड सहित) :-.....

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्रि पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

245(17)
24-02-26

- ❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं.	अभिलेख / कागजात	दिनांक
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति की अधिसूचना की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	संगत वर्ष की चारित्री (मूल प्रति) (प्रारंभिक वर्षों का चारित्री सहित)।	
4.	सेवा इतिहास का स्वहस्ताक्षरित प्रति।	
5.	कोषागार प्रशिक्षण प्रमाण पत्र।	
6.	विभागीय परीक्षा उत्तीर्णता प्रमाण पत्र।	
7.	आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने/नियमित रूप से सेवारत रहने से संबंधित शपथ-पत्र।	
8.	नियंत्री पदाधिकारी द्वारा निर्गत लगातार कार्यरत होने का प्रमाण पत्र।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245/17/
24-02-26

अवकाश स्वीकृति हेतु जाँच-पत्र

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :
- (अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :
2. जन्म-तिथि :
3. पदनाम :
- [नियमित/संविदा (बाह्य/बी०एच०एस०)/टेन्चोर/बॉण्ड]
4. विभाग का नाम :
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :
6. वरीयता क्रमांक (नियमित चिकित्सक शिक्षक के लिए) :
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :
9. चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर (टेन्चोर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक :
10. वाँछित अवकाश का नाम :
11. अवकाश की अवधि (कब से कब तक) :
12. मातृत्व अवकाश/शिशु देखभाल अवकाश/पितृत्व अवकाश हेतु संतान की स्थिति (प्रथम/द्वितीय) :
13. मातृत्व अवकाश/पितृत्व अवकाश की स्वीकृति हेतु संतान का जन्म-तिथि :
14. यदि चिकित्सीय अवकाश का मामला है तो चिकित्सीय परामर्श है अथवा नहीं :
15. पूर्व में मातृत्व अवकाश/शिशु देखभाल अवकाश/पितृत्व अवकाश/चिकित्सीय अवकाश ली गयी है अथवा नहीं :
16. यदि अवकाश का उपभोग कर लिया गया है तो अवकाश में प्रस्थान करने एवं वापस आने का प्रभार रिपोर्ट/फिटनेस प्रमाण-पत्र (चिकित्सीय अवकाश की स्थिति में) :
17. वाँछित अवकाश आदेयता प्रतिवेदन :
18. मोबाईल नम्बर :
19. ई-मेल आई० डी० :
20. पत्राचार का पता :
- (पिन कोड सहित) :

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

245(17)
24-02-26

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र०सं०	अभिलेख/ कागजात	संलग्न (हां/नहीं)
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/विशेषज्ञ चिकित्सा पदाधिकारी/सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर (टेन्योर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
4.	मातृत्व अवकाश/शिशु देखभाल अवकाश/पितृत्व अवकाश हेतु संतान की स्थिति (प्रथम/द्वितीय) के संबंध में शपथ-पत्र।	
5.	मातृत्व अवकाश/शिशु देखभाल अवकाश/पितृत्व अवकाश की स्वीकृति हेतु संतान का जन्म-प्रमाण पत्र।	
6.	मातृत्व अवकाश की स्वीकृति हेतु चिकित्सीय प्रमाण पत्र।	
7.	यदि चिकित्सीय अवकाश का मामला है तो चिकित्सीय परामर्श की प्रति।	
8.	पूर्व में मातृत्व अवकाश/शिशु देखभाल अवकाश/पितृत्व अवकाश/चिकित्सीय अवकाश लिये जाने से संबंधित आदेश की प्रति।	
9.	यदि संबंधित अवकाश का उपभोग कर लिया गया है तो:-	
	(क) अवकाश में प्रस्थान करने का प्रभार रिपोर्ट।	
	(ख) वापस आने/योगदान करने का प्रभार रिपोर्ट।	
	(ग) चिकित्सीय अवकाश की स्थिति में फिटनेस प्रमाण-पत्र।	
10.	वांछित अवकाश आदेयता प्रतिवेदन।	

दिनांक-

245/171
24-02-26

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

सेवा अवधि विनियमन संबंधी सूच-पत्र

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में)
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :-
2. जन्म-तिथि :-
3. पदनाम {नियमित/संविदा (बाह्य/वी0एच0एस0)} :-
4. विभाग का नाम :-
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :-
6. वरीयता क्रमांक (नियमित चिकित्सक शिक्षक के लिए) :-
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :-
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :-
9. प्रस्तावित विनियमन की अवधि :-
10. प्रस्तावित विनियमन की अवधि का कारण
(छुट्टी/अनुपस्थिति/पदस्थापन की प्रतीक्षा/अध्ययन अवकाश/अन्य) :-
11. प्रस्तावित अवधि के पूर्व, चिकित्सक कार्यरत थे, तो कहाँ। :-
12. प्रस्तावित अवधि के प्रारम्भ एवं अंत में प्रभार का आदान-प्रदान हुआ है अथवा नहीं। यदि प्रभार आदान-प्रदान नहीं हुआ तो क्यों ? :-
13. प्रस्तावित अवधि में प्रस्थान करने के पूर्व सक्षम पदाधिकारी से अनुमति ली गई है ? यदि हाँ तो किससे /या नहीं ली गई तो क्यों ? :-
14. प्रस्तावित अवधि के संबंध में ससमय सूचना नियंत्री पदाधिकारी द्वारा विभाग को दी गई है। नहीं दी गई है तो क्यों ? :-
15. प्रस्तावित अवधि के पश्चात् पदस्थापन आदेश/अधिसूचना की प्रति एवं प्रभार ग्रहण रिपोर्ट का साक्ष्य :-
16. विलम्ब से विनियमन हेतु प्रस्ताव का कारण :-
17. प्रस्तावित अवधि के विनियमन हेतु पूर्व में पत्राचार किया गया है अथवा नहीं :-
18. पूर्व में छुट्टी ली गई थी, यदि हाँ तो उसकी विवरणी :-
19. यदि चिकित्सीय अवकाश का मामला है तो चिकित्सीय परामर्श तथा फिटनेस प्रमाण पत्र का साक्ष्य है अथवा नहीं :-
20. मोबाईल नम्बर :-
21. ई-मेल आई० डी० :-

245/17
24-02-26

22.	पत्राचार का पता (पिन कोड सहित)
-----	-----------------------------------	-------------------------

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्रि पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं०	अभिलेख/कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	प्रस्तावित अवधि के प्रारम्भ एवं अंत में प्रभार का आदान-प्रदान हुआ है, तो नियंत्रि पदाधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित प्रभार प्रतिवेदन की प्रति।	
4.	प्रस्तावित अवधि में प्रस्थान करने के पूर्व सक्षम पदाधिकारी से अनुमति ली गई है तो साक्ष्य।	
5.	प्रस्तावित अवधि के संबंध में ससमय सूचना नियंत्रि पदाधिकारी द्वारा विभाग को दी गई है तो तद्संबंधी साक्ष्य।	
6.	प्रस्तावित अवधि के पश्चात् पदस्थापन आदेश/अधिसूचना की प्रति एवं प्रभार रिपोर्ट की प्रति।	
7.	विनियमन हेतु महालेखाकार (ले० एवं ह०) का कार्यालय/वित्त (वै०दा०नि०को०) विभाग से प्राप्त अवकाश आदेयता प्रतिवेदन।	
8.	प्रस्तावित अवधि का विनियमन हेतु पूर्व में पत्राचार किया गया है तो तद्संबंधी साक्ष्य सहित विवरण।	
9.	पूर्व में छुट्टी ली गई थी, यदि हॉ तो उसकी विवरणी।	
10.	यदि छुट्टी का उपभोग कर लिया गया है तो छुट्टी में प्रस्थान करने एवं वापस आने का प्रभार रिपोर्ट।	
11.	यदि चिकित्सीय अवकाश का मामला है तो चिकित्सीय परामर्श तथा फिटनेस प्रमाण पत्र का साक्ष्य।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245/171
24-02-26

पूर्व सेवा की गणना एवं वेतन संरक्षण संबंधी जांच-पत्र

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :-.....
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :-.....
2. जन्म-तिथि :-.....
3. वर्तमान पदनाम :-.....
4. विभाग का नाम :-.....
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :-.....
6. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :-.....
7. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :-.....
8. सरकारी सेवा में प्रथम नियुक्ति का पदनाम :-.....
9. सरकारी सेवा में प्रथम नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक :-.....
10. सरकारी सेवा में प्रथम योगदान की तिथि :-.....
11. स्थायी सेवानिवृत्ति/लेखा संख्या के लिए आवंटित PRAN/GPF संख्या :-.....
12. पूर्व धारित पद की सेवा पेंशन प्रदायी थी अथवा नहीं :-.....
13. नए पद पर नियुक्ति हेतु अनुमति का पत्रांक एवं दिनांक :-.....
14. पूर्व की सेवा लगातार/नियमित थी अथवा नहीं :-.....
15. नये पद पर योगदान देने हेतु विधिवत् विरमित किये जाने संबंधी आदेश का पत्रांक एवं दिनांक :-.....
16. वर्तमान पद पर योगदान देने हेतु अगर तकनीकी त्याग-पत्र दिया गया हो, तो उसकी स्वीकृति संबंधी आदेश का पत्रांक एवं दिनांक :-.....
17. मोबाईल नम्बर :-.....
18. ई-मेल आई० डी० :-.....
19. पत्राचार का पता :-.....
(पिन कोड सहित) :-.....

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

245(17)
24-02-26

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्रि पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

- ❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं०	अभिलेख/ कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	स्थायी सेवानिवृत्ति/लेखा संख्या के लिए आवंटित PRAN/GPF की प्रति।	
4.	पूर्व धारित पद की सेवा पेंशन प्रदायी थी अथवा नहीं से संबंधित साक्ष्य की प्रति।	
5.	नियंत्री पदाधिकारी/विभाग/कार्यालय द्वारा नए पद पर नियुक्ति हेतु आवेदन का अग्रसारण अथवा एतद् संबंधी अनुमति का साक्ष्य।	
6.	नये पद पर योगदान देने हेतु विधिवत् विरमित किया गया अथवा नहीं ? यदि हॉ तो साक्ष्य।	
7.	वर्तमान पद पर योगदान देने हेतु अगर तकनीकी त्याग-पत्र दिया गया हो, तो उसकी स्वीकृति से संबंधित साक्ष्य।	
8.	सरकारी सेवा में प्रथम नियुक्ति संबंधी अधिसूचना की प्रति।	
9.	सरकारी सेवा में प्रथम योगदान करने संबंधी प्रभार ग्रहण प्रतिवेदन की प्रति।	
10.	पूर्व की सेवा में विभागीय परीक्षा/कोषागार प्रशिक्षण की उत्तीर्णता से संबंधित साक्ष्य की प्रति।	
11.	पूर्व की सेवा की सम्पुष्टि से संबंधित साक्ष्य की प्रति।	
12.	पूर्व धारित पद पर प्राप्त अंतिम मूल वेतन संबंधित वेतन पुर्जा/अंतिम वेतन प्रमाण पत्र की प्रति।	
13.	वर्तमान धारित पद पर प्राप्त प्रथम मूल वेतन संबंधित वेतन पुर्जा की प्रति।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245/17/
24-02-26

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :.....
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :.....
2. जन्म-तिथि :.....
3. पदनाम :.....
4. विभाग का नाम :.....
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :.....
6. वरीयता क्रमांक :.....
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :.....
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :.....
9. चिकित्सा शिक्षा सेवा संवर्ग में सेवा सम्पुष्टि से संबंधित आदेश संख्या एवं दिनांक :.....
10. राष्ट्रीय आयुर्विज्ञान आयोग द्वारा मान्य जर्नल प्रकाशन संबंधी अर्हता धारित करते हैं अथवा नहीं :.....
11. विगत पाँच वर्षों की गोपनीय चारित्रि संलग्न है अथवा नहीं :.....
12. सम्पूर्ण सेवा इतिहास संलग्न है अथवा नहीं :.....
13. पूरे संवाकाल में कोई अवधि अविनियमित नहीं रहने/आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने से संबंधित शपथ-पत्र संलग्न अथवा नहीं :.....
14. मोबाईल नम्बर :.....
15. ई-मेल आई० डी० :.....
16. पत्राचार का पता (पिन कोड सहित) :.....
:.....
:.....
:.....

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्रि पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

245/17
24-0226

- ❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं.	अभिलेख/ कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	चिकित्सा शिक्षा सेवा संवर्ग में सेवा सम्पुष्टि से संबंधित आदेश की प्रति	
4.	राष्ट्रीय आयुर्विज्ञान आयोग द्वारा मान्य जर्नल की प्रति।	
5.	विगत पाँच वर्षों की गोपनीय चारित्री की प्रति।	
6.	सम्पूर्ण सेवा इतिहास की प्रति।	
7.	पूरे सेवाकाल में कोई अवधि अविनियमित नहीं रहने/आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/ विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने से संबंधित शपथ-पत्र की प्रति।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245/17/
24-02-26

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :-.....
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :-.....
2. जन्म-तिथि :-.....
3. पदनाम :-.....
(नियमित/संविदा (बाह्य/बी0एच0एस0)/टेन्चोर/बॉण्ड)
4. विभाग का नाम :-.....
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :-.....
6. वरीयता क्रमांक (नियमित चिकित्सक शिक्षक के लिए) :-.....
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :-.....
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :-.....
9. चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर (टेन्चोर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक :-.....
10. पूरे सेवाकाल में कोई अवधि अविनियमित नही रहने/आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने से संबंधित शपथ-पत्र संलग्न है अथवा नहीं :-.....
11. पूर्ण सेवा इतिहास (अधिसूचना/आदेश संख्या/पदस्थापन स्थान एवं अवधि सहित) संलग्न है अथवा नहीं :-.....
12. पार-पत्र (पासपोर्ट) बनवाने/नवीनीकरण हेतु विहित माध्यम से आवेदन पत्र (संबंधित एनेक्सर सहित) संलग्न है अथवा नहीं :-.....
13. पासपोर्ट संख्या (नवीनीकरण की स्थिति में) :-.....
14. पासपोर्ट की अवधि समाप्त होने की तिथि (नवीनीकरण की स्थिति में) :-.....
15. मोबाईल नम्बर :-.....
16. ई-मेल आई० डी० :-.....
17. पत्राचार का पता :-.....
(पिन कोड सहित)

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

245/17
24-02-26

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्रि पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

- ❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं०	अभिलेख / कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/विशेषज्ञ चिकित्सा पदाधिकारी/सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर (टेन्चोर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति की अधिसूचना की प्रति।	
4.	पूरे सेवाकाल में कोई अवधि अविनियमित नहीं रहने/आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने से संबंधित शपथ-पत्र।	
5.	पूर्ण सेवा इतिहास (अधिसूचना/आदेश संख्या/पदस्थापन स्थान एवं अवधि सहित)।	
6.	पार-पत्र (पासपोर्ट) बनवाने/नवीनीकरण हेतु विहित माध्यम से आवेदन पत्र (संबंधित एनेक्सर सहित)।	
7.	नवीनीकरण की स्थिति में पासपोर्ट की अभिप्रमाणित छायाप्रति।	
8.	विगत 05 वर्षों की चारित्री एवं कार्य मूल्यांकन प्रतिवेदन।	
9.	पहचान पत्र की स्वअभिप्रमाणित प्रति।	
10.	पासपोर्ट साईज का फोटोग्राफ (तीन अदद)।	

दिनांक-

245/17/
24-02-26

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

खण्ड- 'क'

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :.....
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :.....
2. जन्म-तिथि :.....
3. पदनाम :.....
{नियमित/संविदा (बाह्य/बी0एच0एस0)/टेन्योर/बॉण्ड}
4. विभाग का नाम :.....
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :.....
6. वरीयता क्रमांक (नियमित चिकित्सक शिक्षक के लिए) :.....
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :.....
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :.....
9. वेतनमान (अद्यतन वेतन पर्ची सहित) :.....
10. चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर (टेन्योर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक :.....
11. पार-पत्र (पासपोर्ट) संख्या- :.....
12. अवकाश आदेयता प्रतिवेदन। :.....
13. मोबाईल नम्बर :.....
14. ई-मेल आई० डी० :.....
15. पत्राचार का पता :.....
(पिन कोड सहित) :.....

16. प्रस्तावित निजी विदेश यात्रा से संबंधित विवरण :-

यात्रा की अवधि	प्रस्तावित विदेश यात्रा से संबंधित देश का नाम	यात्रा का उद्देश्य	अनुमानित व्यय (यात्रा पर आवागमन/आवासन/वीजा आदि पर होने वाला व्यय तथा उससे संबंधित विधि व्यय आदि)	निधि का श्रोत

17. विगत दस वर्षों में की गई निजी विदेश यात्राओं का विवरण :-

यात्रा की अवधि	विदेश यात्राओं से संबंधित देश का नाम	यात्रा का उद्देश्य

245/17
240226

स्थान :-

तिथि :-

सरकारी सेवक का हस्ताक्षर

खण्ड - 'ख'

(संबंधित विभाग / कार्यालय द्वारा भरा जायेगा)

1. क्या सरकारी सेवक द्वारा बड़ी मात्रा में सरकारी राशि का संचालन करते हैं। :-
2. क्या सरकारी सेवक गोपनीय/अति गोपनीय विषयों का निष्पादन करते हैं। :-
3. क्या सरकारी सेवक के विरुद्ध कोई गम्भीर आरोप अन्वेषणाधीन है(यदि है, तो विवरण अंकित किया जाय)। :-
4. क्या सरकारी सेवक निलम्बित हैं। :-
5. क्या सरकारी सेवक के विरुद्ध अनुशासनिक/ आपराधिक मामला लम्बित है(यदि है, तो विवरण अंकित किया जाय)। :-

सक्षम प्राधिकार का नाम
हस्ताक्षर एवं मुहर

❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं.	अभिलेख/ कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	महालेखाकार (ले० एवं ह०) का कार्यालय/वित्त (वै०दा०नि०को०) विभाग से प्राप्त अवकाश आदेयता प्रतिवेदन।	
4.	पूर्व में की गई निजी विदेश यात्राओं से संबंधित पासपोर्ट की अभिप्रमाणित छायाप्रति तथा विभागीय अनुमति संबंधी आदेश की प्रति।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245/171
24-02-26

॥ बेहतर समन्वय, शीघ्र क्रियान्वयन ॥

एल०टी०सी० की स्वीकृति हेतु ऑन-पत्र

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में)
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS)
2. जन्म-तिथि
.....
3. पदनाम
{नियमित/संविदा (बाह्य/बी०एच०एस०)/टेन्चोर/बॉण्ड}
4. विभाग का नाम
.....
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम
.....
6. वरीयता क्रमांक (नियमित चिकित्सक शिक्षक के लिए)
.....
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक
.....
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि
.....
9. चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर (टेन्चोर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक
.....
10. वर्तमान वेतन
.....
(क) अस्थायी या स्थायी
.....
(ख) क्या पति/पत्नी सरकारी सेवा में हैं या नहीं, यदि हैं, तो क्या लीव ट्रेवल कन्सेशन की सुविधा देय है तथा उनके द्वारा आवेदित ब्लॉक में कब-कब L.T.C. का उपभोग अपने कैपसीटी में किया गया।
.....
11. (क) दर्शनीय स्थान का नाम
.....
(ख) किस ब्लॉक वर्ष के लिए
.....
(ग) प्रस्तावित ब्लॉक वर्ष में L.T.C. का उपभोग नहीं किये जाने के संबंध में स्पष्ट घोषणा पत्र संलग्न है अथवा नहीं
.....
(घ) गत ब्लॉक वर्ष का नाम जिसमें L.T.C. का उपभोग किया गया है
.....
12. यात्रा प्रारंभ करने की संभावित तिथि/माह
.....
13. यात्रा करने का साधन (जैसे-वायुयान, रेल, बस आदि)
.....
14. अग्रिम की रकम
.....
15. मोबाईल नम्बर
.....
16. ई-मेल आई० डी०
.....
17. पत्र-चार का पता
(पिन कोड सहित)
.....
.....

245(17)
24-02-26

18. परिवार के आश्रित व्यक्तियों का नाम जिनके लिए लीव ट्रेवल कन्सेशन की सुविधा प्राप्त करना है:-

क्र०सं०	नाम	उम्र	संबंध
1	2	3	4

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्रि पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र०सं०	अभिलेख/ कागजात	संलग्न (हो/नहीं)
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/विशेषज्ञ चिकित्सा पदाधिकारी/सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर (टेन्योर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
4.	प्रस्तावित ब्लॉक वर्ष में L.T.C. का उपभोग नहीं किये जाने के संबंध में स्पष्ट घोषणा पत्र।	
5.	गत ब्लॉक वर्ष का नाम, जिसमें L.T.C. का उपभोग किया गया है से संबंधित साक्ष्य।	

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरी जानकारी में उपर्युक्त विवरणी सही है। यात्रा रद्द होने की स्थिति में अग्रिम की राशि एक मुश्त वापस कर दूँगा/दूँगी।

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245(17)
24-02-26

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :-----
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :-----
2. जन्म-तिथि :-----
3. पदनाम :-----
{नियमित/संविदा (बाह्य/बी0एच0एस0)/टेन्योर/बॉण्ड}
4. विभाग का नाम :-----
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :-----
6. वरीयता क्रमांक (नियमित चिकित्सक शिक्षक के लिए) :-----
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :-----
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :-----
9. चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर (टेन्योर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक :-----
10. स्थानान्तरण का कारण :-----
:-----
:-----
11. जिस चिकित्सा संस्थान में स्थानान्तरण चाहते हैं उसका नाम :-(क)-----
(ख)-----
(ग)-----
12. पूरे सेवाकाल में कोई अवधि अविनियमित नहीं रहने/आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने से संबंधित शपथ-पत्र संलग्न है अथवा नहीं :-----
13. पूर्ण सेवा इतिहास (पदस्थापन स्थान एवं अवधि) संलग्न है अथवा नहीं :-----
14. मोबाईल नम्बर :-----
15. ई-मेल आई० डी० :-----
16. पत्राचार का पता (पिन कोड सहित) :-----
:-----
:-----
:-----

जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

245171
24-02-26

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

- ❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं.	अभिलेख/कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/विशेषज्ञ चिकित्सा पदाधिकारी/सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर (टेन्चोर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
4.	पूरे सेवाकाल में कोई अवधि अविनियमित नहीं रहने/आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने से संबंधित शपथ-पत्र।	
5.	विभागीय बकाया रहित प्रमाण पत्र।	
6.	पूर्ण सेवा इतिहास (अधिसूचना/आदेश संख्या/पदस्थापन स्थान एवं अवधि सहित)।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245/171
24-02-26

त्याग पत्र की स्वीकृति हेतु जाच-पत्र

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :
2. जन्म-तिथि :
3. पदनाम :
{नियमित/सविदा (बाह्य/बी०एच०एस०)/टेन्योर/बॉण्ड} :
4. विभाग का नाम :
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :
6. वरीयता क्रमांक (नियमित चिकित्सक शिक्षक के लिए) :
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :
9. अविनियमित अवधि (यदि कोई हो) का विवरण :
10. चिकित्सक शिक्षक (सविदा)/सीनियर रेजिडेन्ट /ट्यूटर (टेन्योर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक :
11. बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक नहीं होने से संबंधित शपथ-पत्र (प्रथम श्रेणी कार्यपालक दण्डाधिकारी द्वारा निर्गत) संलग्न है अथवा नहीं :
12. त्याग पत्र देने का कारण (अन्य संस्थान में चयनित होने की स्थिति में विभागीय अनापत्ति प्रमाण पत्र सहित) :
13. त्याग पत्र स्वीकृति की प्रभावी तिथि :
14. आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने/नियमित रूप से सेवारत रहते से संबंधित शपथ-पत्र संलग्न है अथवा नहीं :
15. विभागीय बकाया रहित प्रमाण पत्र संलग्न है अथवा नहीं :
16. पूर्ण सेवा इतिहास (पदस्थापन स्थान एवं अवधि सहित) संलग्न है अथवा नहीं :
17. मोबाईल नम्बर :
18. ई-मेल आई० डी० :
19. पत्राचार का पता (पिन कोड सहित) :

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्रि पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

245(17)
24-02-26

❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करे अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं.	अभिलेख / कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/विशेषज्ञ चिकित्सा पदाधिकारी/सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर (टेन्चोर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
4.	बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक नहीं होने से संबंधित शपथ-पत्र (प्रथम श्रेणी कार्यपालक दण्डाधिकारी द्वारा निर्गत)।	
5.	अन्य संस्थान में चयनित होने की स्थिति में विभागीय अनापत्ति प्रमाण पत्र संबंधी आदेश की प्रति।	
6.	पूरे सेवाकाल में कोई अवधि अविनियमित नहीं रहने/आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने से संबंधित शपथ-पत्र।	
7.	विभागीय बकाया रहित प्रमाण पत्र।	
8.	पूर्ण सेवा इतिहास (अधिसूचना/आदेश संख्या/पदस्थापन स्थान एवं अवधि सहित)।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245(17)
24.02.26

- ❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं.	अभिलेख / कागजात	
1.	प्रथम नियुक्ति संबंधी अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
2.	प्रथम-प्रभार ग्रहण रिपोर्ट की प्रति।	
3.	प्रथम वेतन पर्ची की प्रति।	
4.	वर्तमान पदस्थापन की अधिसूचना/आदेश प्रति।	
5.	वर्तमान प्रभार ग्रहण रिपोर्ट की प्रति।	
6.	अद्यतन वेतन पर्ची की प्रति।	
7.	बिहार विद्यालय परीक्षा समिति द्वारा निर्गत मूल प्रमाण-पत्र की छायाप्रति, जिसमें जन्म तिथि स्पष्ट रूप से अंकित हो।	
8.	सम्पूर्ण सेवा इतिहास जिसमें निकासी एवं व्ययन पदाधिकारी रहने एवं नहीं रहने संबंधी सूचना अंकित हो अवधि सहित (मूल प्रति)।	
9.	पूरे सेवाकाल में कोई अवधि अविनियमित नहीं रहने/आपराधिक मामले लम्बित नहीं रहने/विभागीय कार्यवाही संचालित नहीं रहने से संबंधित शपथ-पत्र।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245(17)
24-02-26

सेवानिवृत्त लाभ की स्वीकृति हेतु जाँच-पत्र

1. आदेशक का नाम (हिन्दी में) :.....
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :.....
2. जन्म-तिथि :.....
3. पदनाम :.....
4. विभाग का नाम :.....
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :.....
6. वरीयता क्रमांक :.....
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/प्रोन्नति का पत्रांक एवं दिनांक :.....
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :.....
9. सेवानिवृत्ति/मृत्यु की तिथि :.....
10. सेवानिवृत्ति का प्रकार :.....
11. कुल सेवावधि :.....
12. पेंशन प्रदायी सेवावधि :.....
13. अविनियमित सेवा अवधि (यदि कोई हो तो) :.....
14. अंतिम मूल वेतन :.....
15. अंतिम 10 माह का औसत वेतन :.....
16. सेवानिवृत्ति के ठीक पूर्व के वेतन आयोग के अनुशांसा के आलोक में वेतन सत्यापन की स्थिति :.....
17. अंतिम वेतन सत्यापन से सेवानिवृत्ति की तिथि तक वेतन की शुद्धता की जाँच की स्थिति :.....
18. सेवा संपुष्टि की स्थिति :.....
19. कार्यालय अभिलेख/वेतन विपत्र के आधार पर सेवा सत्यापन/निरंतरता की स्थिति :.....
20. विभागीय अथवा अन्य विहित परीक्षा उत्तीर्णता की स्थिति :.....
21. सेवानिवृत्ति की तिथि को विभागीय/न्यायिक कार्यवाही की स्थिति :.....
22. अवकाश आदेयता प्रतिवेदन :.....
23. पेंशन प्रपत्र (तीन प्रति) विहित प्रपत्र में है अथवा नहीं :.....
24. पेंशन प्रपत्र (तीन प्रति) पूर्ण रूप से भरा है अथवा नहीं :.....
25. पेंशन/उपदान की निकासी, जिस कोषागार से होगी, का उल्लेख है अथवा नहीं :.....
26. सम्बन्धित सेवानिवृत्त/मृत पदाधिकारी के पारिवारिक सदस्यों की सूची संलग्न है अथवा नहीं :.....
27. सम्बन्धित चिकित्सक शिक्षक की पदस्थापन सूची/सेवा इतिहास संलग्न है अथवा नहीं :.....

28. सम्बन्धित पदाधिकारी का हिन्दी एवं अंग्रेजी में हस्ताक्षर का नमूना संलग्न है अथवा नहीं :-
 29. पेंशन रूपान्तरण हेतु भी आवेदन दिया गया है अथवा नहीं :-
 30. अभिप्रमाणित संयुक्त फोटो संलग्न है अथवा नहीं :-
 31. अंतिम वेतन प्रमाण पत्र (एल0पी0सी0)/वेतन पर्ची संलग्न है अथवा नहीं :-
 32. भवन निर्माण विभाग द्वारा निर्गत आवासीय मॉग रहित/सहित प्रमाण पत्र संलग्न है अथवा नहीं :-
 33. महालेखाकार (ले0 एवं ह0) का कार्यालय, बिहार/वित्त (वै0दा0नि0को0) विभाग, बिहार, पटना द्वारा निर्गत भूमि क्रय/गृह निर्माण अग्रिम/कम्प्यूटर/विवाह/विविध अग्रिम/मोटर वाहन अग्रिम से सम्बन्धी दीर्घकालीन बाकी/बेबाकी प्रमाण पत्र संलग्न है अथवा नहीं :-
 34. No Dues Certificate (संस्थान द्वारा निर्गत) संलग्न है अथवा नहीं :-
 35. पेंशन प्रपत्र की सभी कंडिकाएँ (विशेषतः पारिवारिक विवरण, मोबाईल नं0/यूनिक आई0डी0,रूपांतरण विकल्प इत्यादि) भरित है अथवा नहीं :-
 36. अन्य कोई अभियुक्ति :-
 37. मोबाईल नम्बर :-
 38. ई-मेल आई० डी० :-
 39. पत्राचार का पता :-
- (पिन कोड सहित) :-

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक/उत्तराधिकारी
का हस्ताक्षर

नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

245/171
24-02-26

बन्ध-पत्र र आरखरित चिकित्सक को सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर के पद हेतु अर्जापत्र
पूरान करने सख्या नांक पत्र

1. आदेदक का नाम (हिन्दी में) :-----
(अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :-----
2. जन्म-तिथि :-----
3. पदनाम :-----
4. विभाग का नाम :-----
5. संस्थान का नाम :-----
(जहाँ से पी0जी0/डिप्लोमा उतीर्ण हुए हैं)
6. पी0जी0/डिप्लोमा (विषय) :-----
7. पी0जी0/डिप्लोमा उतीर्णता सत्र :-----
8. बन्ध-पत्र के अधीन पदस्थापन की अधिसूचना /आदेश संख्या एवं दिनांक :-----
9. बन्ध-पत्र के अधीन योगदान की तिथि :-----
10. बन्ध-पत्र के अधीन कुल कार्यावधि :-----
11. वर्तमान में कार्यरत हैं अथवा नहीं :-----
12. यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियमित नियुक्ति का पत्रांक एवं दिनांक :-----
13. सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर के पद के लिए विज्ञापन प्रकाशित करने वाले आयोग/संस्थान का नाम एवं विज्ञापन प्रकाशन की तिथि :-----
14. सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर के पद पर आवेदन करने संबंधित विभाग का नाम :-----
15. पूर्व में अनुमति ली गई है, तो उसकी विवरणी :-----
16. बिहार संयुक्त प्रवेश प्रतियोगिता परीक्षा पर्वद, पटना द्वारा प्रकाशित विज्ञापन को छोड़कर अन्य संस्थानों से सीनियर रेजिडेन्सी/ट्यूटरशीप करने हेतु प्रथम श्रेणी कार्यापालक दण्डाधिकारी के स्तर से निर्गत शपथ-पत्र :-----
17. मोबाईल नम्बर :-----
18. ई-मेल आई० डी० :-----
19. पत्राचार का पता :-----
(पिन कोड सहित) :-----

♦ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

245/17
24-02-26

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं.	अभिलेख/कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का रिपोर्ट की प्रति।	
3.	सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियमित नियुक्ति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
4.	सीनियर रेजिडेन्ट/ट्यूटर के पद हेतु संबंधित आयोग के द्वारा प्रकाशित विज्ञापन की प्रति, पद एवं विभाग का नाम एवं तत्संबंधी अन्य अभिलेख/कागजात।	
5.	बिहार संयुक्त प्रवेश प्रतियोगिता परीक्षा पर्वद, पटना द्वारा प्रकाशित विज्ञापन को छोड़कर अन्य संस्थानों से सीनियर रेजिडेन्सी/ट्यूटरशीप करने हेतु प्रथम श्रेणी कार्यपालक दण्डाधिकारी के स्तर से निर्गत शपथ-पत्र कि टेन्चोर अवधि पूर्ण करने के उपरान्त राज्य में अनिवार्य बॉण्ड सेवा पूर्ण करेंगे।	
6.	पूर्व में अनुमति ली गई है, तो उसकी साक्ष्य की प्रति।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245(17)
24-02-26

उच्चतर पाठ्यक्रम में नामांकन हेतु एन०ओ०सी० पदावली करने वाली संस्था का पत्र

1. आवेदक का नाम (हिन्दी में) :
- (अंग्रेजी में) (IN CAPITAL LETTERS) :
2. जन्म-तिथि :
3. पदनाम :
- (नियमित/संविदा (बाह्य/बी०एच०एस०)/टेन्योर/बॉण्ड)
4. विभाग का नाम :
5. पदस्थापित चिकित्सा संस्थान का नाम :
6. वरीयता क्रमांक (नियमित चिकित्सक शिक्षक के लिए) :
7. वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति/पदस्थापन का :
- पत्रांक एवं दिनांक
8. वर्तमान धारित पद पर योगदान की तिथि :
9. चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/सीनियर रेजिडेन्ट/ :
- ट्यूटर (टेन्योर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक
- यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति
- का पत्रांक एवं दिनांक
10. कुल सेवावधि :
11. उच्चतर पाठ्यक्रम हेतु परीक्षा/साक्षात्कार आयोजित :
- करने वाली संस्थान का नाम
12. परीक्षा/साक्षात्कार की तिथि :
13. उच्चतर पाठ्यक्रम के विषय का नाम :
14. आवंटित किये गये संबंधित चिकित्सा महाविद्यालय :
- का नाम (पता सहित)
15. पाठ्यक्रम की अवधि :
16. पूर्व में अनुमति ली गई है, तो उसकी विवरणी :
17. मोबाईल नम्बर :
18. ई-मेल आई० डी० :
19. पत्राचार का पता :
- (पिन कोड सहित)

❖ जो संबंधित नहीं है उसे स्पष्ट रूप से काट दिया जाय।

245/17/
24-02-26

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

नियंत्री पदाधिकारी का हस्ताक्षर
एवं मुहर

- ❖ संलग्न कागजातों/अभिलेखों की सूची (संलग्न कागजातों/अभिलेखों को हॉ करें अन्यथा नहीं करें)

क्र.सं०	अभिलेख/ कागजात	
1.	वर्तमान धारित पद पर नियुक्ति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
2.	वर्तमान धारित पद पर प्रभार ग्रहण करने का प्रभार रिपोर्ट।	
3.	चिकित्सक शिक्षक (संविदा)/विशेषज्ञ चिकित्सा पदाधिकारी/सीनियर रेजिडेंट/ट्यूटर (टेन्योर)/बॉण्ड से आच्छादित चिकित्सक यदि बिहार स्वास्थ्य सेवा संवर्ग से हैं, तो नियुक्ति की अधिसूचना/आदेश की प्रति।	
4.	उच्चतर पाठ्यक्रम हेतु परीक्षा/साक्षात्कार आयोजित करने वाली संस्थान का नाम, पाठ्यक्रम/विषय, अंक प्रमाण पत्र आदि संबंधित सभी साक्ष्य।	
5.	उच्चतर पाठ्यक्रम हेतु पूर्व में अनुमति ली गई है, तो आदेश की प्रति।	

दिनांक-

चिकित्सक शिक्षक/चिकित्सक
का हस्ताक्षर

245(17)
24-02-26

HEALTH DEPARTMENT EMPLOYEE ON-BOARDING FORM

Basic Details

Prefix *-----

First Name *-----Middle Name-----

Last Name *-----Gender *-----

Date of Birth *-----Height (CM/Feet/Inch) *-----

Father's Name *-----Mother's Name *-----

Identification Mark *-----

Marital Status *-----

Spouse Name (Husband/Wife)-----

Attach Passport
Size Photograph

Disability Details (If Applicable)

Disabled * Yes No Type of Disability (If selected Yes)-----

Percentage of Disability-----

Personal Details

Blood Group-----Email-----Mobile Number *-----

Nationality-----PAN No *-----GPF/PRAN Type *-----

Aadhar Ref No-----Social Category-----

Permanent Address *

State *-----District *-----Pin Code *-----

Employee Official Details

Employee Type *-----Service Type *-----

Cadre *-----Parent Department *-----

Current Department *-----Current Designation *-----

Current Office *-----Source of Recruitment *-----

Order issuing Office/Authority *-----Appointment Order No *-----

Appointment Order Date *-----Joining/Charge Taken Date *-----

Joining Time *-----

Certification: I, the undersigned, certify that to the best of my knowledge and belief, this form is filled correctly.

Sign controlling officer with stamp

Sign.-----