



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, रायपुर (छत्तीसगढ़)
All India Institute of Medical Sciences, Raipur (Chhattisgarh)
G. E. Road, Tatibandh,
Raipur-492 099 (CG)
www.aiimsraipur.edu.in

Application Form for the post of **Data Entry Operator Grade - A** for an Extramural Project entitled:
“Outcome Assessment of Indigenous Designed Patient-Specific Implant with Integrated Dental
Components For Early Rehabilitation Of Oro Maxillary Defect Secondary to Post Covid-19 Rhino
Maxillary Mucormycosis, A Prospective Cohort Pilot Study”.

विज्ञापन सं. / Advertisement No.

--

अवेदित पद / Applied for

--

Affix Passport
Size self-
attested
colour
photograph
here.

1. नाम स्पष्ट अक्षरो में / Name in **block** letters: -

2. पिता/पति का नाम स्पष्ट अक्षरों में / Father / Husband's Name in **block** letters:-

3. (अ) स्थायी पता / (a) Permanent Address:-

राज्य / State

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

पिन / Pin

--	--	--	--	--	--

(ब) डाक का पता / (b) Postal Address:-

राज्य / State

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

पिन / Pin

--	--	--	--	--	--

4. संपर्क विवरण / Contact Details:-

एस.टी.डी. कोड सहित फोन नं./
Phone No. With STD Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

मोबाईल नं./Mobile No.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ईमेल / E-mail

--

5. जन्म तिथि

Date of Birth

दिनांक / Date

माह / Month

वर्ष / Year

--	--	--

साक्षात्कार/परीक्षा की तिथि को आयु
Age as on date of interview

वर्ष / Year

माह / Month

दिन / Day

--	--	--

7. श्रेणी (अजा / अजजा / अपिव / अना.)
Category (SC/ST/OBC/UR)

--

8. लिंग / Gender:
(संबंधित पर चिन्ह लगाएं / Tick the relevant)-

पुरुष / Male

महिला / Female

--

--

9. Person with disability (PWD)/ विकलांगता- (Yes/No)

--

10. शैक्षणिक योग्यता / Educational Qualification:-

परीक्षा का नाम / Name of the Examination	विषय / विधा / विशिष्टता / Subject/ Discipline/ Speciality	विश्वविद्यालय / संस्थान / महाविद्यालय / University/ Institute/ College	पाठ्य क्रम को पूर्ण करने की तिथि / Date of completion of course	टॉपिक्स परीक्षा उत्तीर्ण करने का माह तथा वर्ष / Month & Year of Passing final examination	प्राप्तांक / Marks obtained	पाठ्यक्रम की अवधि Duration of Course
अन्य कोई योग्यता / Any other Qualification						

11. Work Experience (if any): -

संस्थान/कार्यालय का नाम /Name of the organization /office	पद नाम /Designation	कब से / From	कब तक /To	कार्य का प्रकार /Job responsibilities

सूची संलग्न करें (यदि आवश्यक हो तो) /Attach annexure (if required)

12. प्रकाशन (यदि कोई हो)/Publications (if any)

(केवल PUBMED इंडेक्स जर्नल/only PUBMED indexed journals): सूची संलग्न करें /Attach annexure

13. चयन की स्थिति में पद ग्रहण करने हेतु कितना समय आप को चाहिए /If selected what period would you require for joining the post: _____

मैं पुष्टि करता हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सही है। मैंने कोई जानकारी नहीं छिपाई है। मैं समझता हूँ कि यदि कोई जानकारी गलत पाई जाती है, तो मैं नियमानुसार कार्रवाई के लिए उत्तरदायी रहूँगा।

I solemnly affirm that the information furnished above is true and correct in all respects to the best of my knowledge. I have not concealed any information. I undertake that any information furnished herein if found to be incorrect or false, then I shall be liable for action as per rules in force.

Date:-

Place: -

(हस्ताक्षर /Signature of Candidate)

नाम /Name of Candidate: