

अनुभव के दावे के संबंध में उम्मीदवारों द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाले प्रमाण-पत्र का फार्म

फार्म-1

अनुभव प्रमाण-पत्र

(संस्थान/जारी करने वाले प्राधिकरण का लेटर हेड)

टेलीफोन नं.

फैक्स नं.

संगठन का नाम

संगठन का पता

दिनांक

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु. पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री
..... इस संगठन/विभाग/मंत्रालय के कर्मचारी हैं/थे और इस अवधि के दौरान उनके द्वारा की गई
इयूटी निम्नानुसार हैं :-

धारित पद का नाम	तिथि/माह/वर्ष से	तिथि/माह/वर्ष तक	कुल अवधि तिथि/माह/वर्ष	नियुक्ति की प्रकृति - स्थायी, नियमित, अस्थायी, अंशकालिक, संविदा आधार पर, अतिथि, मानद आदि	अनुभव का विभाग/विशिष्टता/क्षेत्र
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
वेतनमान और अंतिम आहरित वेतन	प्रत्येक पद में की गई इयूटी/प्राप्त अनुभव (यदि आवश्यक हो, तो कृपया अलग पृष्ठ पर विवरण दें) (चिकित्सीय पदों के मामले में, विशिष्टता के क्षेत्र का कृपया उल्लेख करें)		तैनाती का स्थान		पर्यवेक्षी स्तर/मध्यम प्रबंधन स्तर/शाखा प्रमुख स्तर पर कार्य किया
(7)	(8)		(9)		(10)

2. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त तथ्य और आंकड़े सत्य हैं तथा हमारे संगठन/विभाग/मंत्रालय में उपलब्ध सेवा रिकार्ड पर आधारित हैं।

हस्ताक्षर

सक्षम प्राधिकारी का नाम

सक्षम प्राधिकारी की मुहर

प्रपत्र - II
अनुभव प्रमाण-पत्र

(डी.एन.बी./डी.एम./एम.सीएच. पाठ्यक्रम के अध्ययन के समय अनुभव के लिए)

संस्थान/जारी करने वाले प्राधिकारी का लेटर हैड

दूरभाष सं.

फैक्स सं.

संगठन का नाम

संगठन का पता

दिनांक

प्रमाणित किया जाता है कि डा. पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री
..... (पंजीकरण सं.) दिनांक
..... की अधिसूचना सं. के तहत
(पाठ्यक्रम का नाम) परीक्षा में डिप्लोमेंट ऑफ नेशनल बोर्ड (डीएनबी)/डॉक्टर इन मेडिसिन
(डीएम)/मेजिस्टर चिरूरजी (एम.सीएच.) के छात्र/छात्रा थे। डा.
..... को भारतीय चिकित्सा परिषद से मान्यताप्राप्त
कॉलेज/विश्वविद्यालय द्वारा (विशेषज्ञता का नाम) में
डी.एन.बी./डी.एम./एम.सीएच. की डिग्री प्रदान की गई ।

टिप्पणी - I : प्राप्त अनुभव वैध अध्यापन अनुभव के रूप में भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद अथवा
चिकित्सा पद्धति से संबंधित सांविधिक निकाय द्वारा मान्यता प्राप्त है (केवल चिकित्सीय अध्यापन
पदों के लिए)।

टिप्पणी - II : चिकित्सा संस्था/कालेज जहां से अनुभव प्राप्त किया गया है, संबंधित चिकित्सा
प्राधिकारण द्वारा मान्यता प्राप्त है (केवल चिकित्सीय पदों हेतु)।

2. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त तथ्य तथा आंकड़े सही हैं तथा हमारे
संगठन/विभाग/मंत्रालय में उपलब्ध सेवा अभिलेखों पर आधारित हैं।

हस्ताक्षर

सक्षम प्राधिकारी का नाम

सक्षम प्राधिकारी की मोहर

प्रपत्र-III

अनुभव प्रमाण-पत्र

(अधिवक्ताओं को बार संबंधी अनुभव के लिए)

संस्थान/जारी करने वाले प्राधिकारी का लेटर हैड

दूरभाष सं.

फैक्स सं.

संगठन का नाम

संगठन का पता

दिनांक

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/सुश्री (पंजीकरण सं.) पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री, स्थित केन्द्रीय प्रशासनिक अधिकरण/ सत्र न्यायालय/उच्च न्यायालय/सर्वोच्च न्यायालय मेंसे तक अधिवक्ता के रूप में फौजदारी/दीवानी मामलों में, प्रैक्टिस कर रहे/रही हैं/कर चुके/चुकी हैं।

2. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त तथ्य तथा आंकड़े सही हैं तथा हमारे संगठन/विभाग/मंत्रालय में उपलब्ध सेवा अभिलेखों पर आधारित है।

हस्ताक्षर

सक्षम प्राधिकारी का नाम

सक्षम प्राधिकारी की मोहर