



प्लाज्मा भौतिकी केन्द्र – प्लाज्मा अनुसंधान संस्थान
CENTRE OF PLASMA PHYSICS-INSTITUTE FOR PLASMA
RESEARCH

An aided institute of Department of Atomic Energy, Govt. of India.

नाजीराखात, सोनापुर-782 402, असम, (भारत)

Nazirakhata, Sonapur-782 402, Assam, India Web: www.cppipr.res.in



विजिटिंग प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी / प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी बायो-डेटा/VAMO/AMO BIO-DATA

1.	आवेदक का नाम Name of the Applicant		
2.	लिंग Gender	पुरुष / Male ☐	महिला / Female ☐
3.	जन्म तिथि एवं आयु Date of birth & Age/	(dd/mm/yy)	आयु / Age : ____ वर्ष / Years
4.	निवास स्थान / Residence Address		अपना पासपोर्ट आकार का फोटो यहां चिपकाएं Paste your Passport Size Photograph here
	पत्राचार का पता (यदि निवास पते से भिन्न हो) Address for correspondence (if different than residence address)		
5.	टेलीफोन नंबर/Telephone No. (Landline if applicable)	_____ (STD Code)	
	सेल नं./Cell No(s).	_____	
	ईमेल आईडी/Email ID:	_____	

शैक्षिक अर्हता/Educational qualification (केवल एमबीबीएस और उसके बाद/Only MBBS and onwards)
(कृपया जहां आवश्यक हो, अलग शीट संलग्न करें) (Please attach separate sheet wherever required)

क्र.सं Sr. No.	योग्यता/Qualification	अवधि /Period		प्रयास की संख्या /No. of attempt	विश्वविद्यालय का नाम Name of University	एमसीआई पंजीकरण संख्या और दिनांक / MCI Regn. No. & Date
		से From	तक To			
1.	एमबीबीएस /M.B.B.S.					
2.	इंटरनशिप / Internship					
3.						
4.						

अनुभव/चिकित्सा अभ्यास/Experience/Medical practice

(यदि आवश्यक हो तो कृपया अलग शीट जोड़ें)

(Please add separate sheet if required)

क्लिनिक का विवरण, यदि कोई पहले हो/**Clinic details**, if held:

क्लिनिक का नाम (यदि कोई हो) Name of the Clinic (if any):_____

क्लिनिक का पता/Location address of the Clinic:_____

परामर्श के घंटे/ Consultation hours

क्लिनिक संपर्क नंबर/Clinic Contact No _____

अभ्यास कब से (दिनांक)Practice since(Date) _____

अभ्यास के कुल वर्ष Total years of Practice _____

अन्य अस्पतालों/संस्थान आदि से जुड़ाव/ Attachment with other hospitals/organizations etc.

Sr. No.	संस्थान का नाम पता सहित/ Name of organization with address	पद का नाम Designation	अवधि/Period		समय/Timings	
			से /From	तक / To	से /From	तक /To
1.						
2.						

3.					
----	--	--	--	--	--

सीजीएचएस नियमों आदि से परिचित होने का विवरण, यदि कोई हो/
 Details of familiarity with CGHS rules etc., if any.

दिनांक / Date:
 स्थान / Place :

हस्ताक्षर एवं मुहर
 Signature & Seal