

राजस्थान-सरकार

निदेशालय, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, राजस्थान, जयपुर।

क्रमांक : ई-26/राजप/प्री-पी.जी.-2010/2010/

दिनांक :

समस्त प्रधानाचार्य, मेडीकल कॉलेज एवं
समस्त अधीक्षक, संलग्न चिकित्सालय संघ।

निदेशक (ई.एस.आई.)/मोबाइल सर्जिकल यूनिट,

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राजस्थान।

समस्त प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, राजस्थान।

विषय:-प्री-पी.जी. हेतु सम्बन्धित इन-सर्विस कोटे के तहत चिकित्सक का फॉर्म भिजवाने के साथ संलग्न प्रपत्र की पूर्ति करने बाबत।

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि सेवारत चिकित्सकों द्वारा प्री-पी.जी. हेतु सम्बन्धित फॉर्म अग्रप्रेषित किये जाने हेतु निदेशालय में प्राप्त होते हैं। पिछले वर्षों में पाया गया कि आप द्वारा केवल चिकित्सक द्वारा दिये गये विवरण को अग्रप्रेषित कर दिया जाता है। जिससे चिकित्सक द्वारा निर्धारित ग्रामीण सेवा/दुर्गम क्षेत्र/मरु क्षेत्र/जनजाति क्षेत्र में की गई सेवा अवधि की सेवा पूर्ण की अथवा नहीं जानकारी प्राप्त नहीं हो पाती है। अतः आप सभी को सूचित किया जाता है कि प्री-पी.जी. हेतु फॉर्म पर हस्ताक्षर कर अग्रप्रेषित करते समय उसके साथ ही चिकित्सक के सेवाभिलेख के आधार पर संलग्न प्रपत्र दो प्रतियों में भी फॉर्म के साथ अग्रप्रेषित करे अन्यथा सम्बन्धित फॉर्म को अग्रप्रेषित किया जाना संभव नहीं हो सकेगा।

संलग्न :- प्रपत्र।

निदेशक (जन स्वास्थ्य)
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें
राजस्थान, जयपुर

क्रमांक : ई-26/राजप/प्री-पी.जी.-2010/2010/ 657

दिनांक : 10-12-2010

प्रतिलिपि निम्नांकित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है :-

1. रजिस्ट्रार, राजस्थान स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालय, राजस्थान, जयपुर।
2. समस्त संयुक्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, जोन।
3. प्रभारी, केन्द्रीय सर्वर रूम, मुख्यालय को भेजकर लेख है कि पत्र एवं संलग्न प्रपत्र को तुरन्त बेवसाईट पर डालने का श्रम करें।

निदेशक (जन स्वास्थ्य)
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें
राजस्थान, जयपुर

-: प्रपत्र :-

क. सं.	चिकित्सक का नाम मय पद	जन्मतिथि	नियुक्ति तिथि	संविदा/ तदर्थ/ आर.एम.ओ. /चि.अ. /फिक्सड	सेवाभिलेख के आधार पर ग्रामीण /दुर्गम क्षेत्र/ मरू क्षेत्र/ जनजाति क्षेत्र में की गई सेवा अवधि		विशेष विवरण
					दिनांक से दिनांक तक	संस्था का नाम	
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]

उपरोक्त विवरणानुसार यह प्रमाणित किया जाता है कि डॉ..... पुत्र श्री.....के सेवाभिलेख के आधार पर चिकित्सक द्वारा प्री-पी.जी. हेतुवर्ष की ग्रामीण/दुर्गम क्षेत्र/मरू क्षेत्र/जनजाति क्षेत्र में की गई सेवा अवधि पूर्ण कर ली है।

हस्ताक्षर सम्बन्धित अधिकारी