

Application No.
(for Office Only)

APPLICATION FORM (Advt. No-CIMFR-03/2020)

Note: Before filling the application, please go through the full text of advertisement carefully, which is available only on www.cimfr.nic.in. No Column should be kept blank Write Not Applicable (NA) in the column, if it is not relevant to you. Use A-4 size paper for Application & Enclosures. Incomplete application form will be summarily rejected. (Please use separate application form for each post code)

Post Applied For: RESIDENT MEDICAL
OFFICER/GR.III(4)

Post Code:

नाम(हिंदी में)	
Name (in Block Letter)	
Father's Name	
Date of Birth (DD/MM/YYYY)	

Affix your self-attested recent
passport size colour photograph

Particulars of Web Generated E-receipt State Bank Collect	For Office Use
Receipt No.:-	Web Generated E-receipt State Bank Collect Checked.
Date:-	Date:
	Signature:

FOR OFFICE USE:

Date:

Signature:

व्यक्तिगत विवरण/Personal Details

1	पूरा नाम(स्पष्ट अक्षरों में) Name in full (In BLOCK LETTER)																	
2	पिता या पति का नाम Father's/Husband's Name पेशा/Occupation																	
3	माता का नाम/ Mother's Name पेशा/Occupation																	
4	जन्म तिथि एवं स्थान Date and Place of Birth	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">D</td><td align="center">D</td> <td align="center">M</td><td align="center">M</td> <td align="center">Y</td><td align="center">Y</td><td align="center">Y</td><td align="center">Y</td> </tr> </table> PLACE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y											
5	आवेदन प्राप्त करने की अंतिम तिथि को आयु Age as on last date of receipt of application	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td align="center">Y</td><td align="center">Y</td> <td align="center">M</td><td align="center">M</td> <td align="center">D</td><td align="center">D</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Y	Y	M	M	D	D				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
Y	Y	M	M	D	D													
6	नागरिकता/ Nationality																	
7	वैवाहिक स्थिति/ Marital Status																	
8	पत्राचार का पता Correspondence Address	पिन कोड/Pin code:																
9	स्थायी पता Permanent Address	पिन कोड/Pin code:																
10	मोबाइल न० /Mobile No.																	
11	ईमेल/ E-mail																	
12	श्रेणी:(सामान्य/अनु०जाति/अनु०जनजाति तलाकशुदा / न्यायिक रूप से अलग महिलाएं) Category: (UR/SC/ST/Divorced/Judicially Separated Women) (अपने दावे के समर्थन में प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित प्रति संलग्न करें/Please attach a self attested copy of the certificate in support of your claim)																	

13	यदि आप दिव्यांगजन श्रेणी के हैं Are you belong to Person with Disabilities(PWD) (अपने दावे के समर्थन में प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित प्रति संलग्न करें/Please attach a self attested copy of the certificate in support of your claim)	
14	क्या आप सीएसआईआर या इसकी किसी प्रयोगशाला/संस्थान के किसी स्थायी कर्मचारी के निकट/रक्त सम्बन्धी है? यदि हाँ, तो कृपया उनका व्यौरा(नाम, पद, संस्थान का नाम) दे। Whether any close relative/blood relative is working as permanent post in CSIR or its laboratories/Institute? If yes, give details(Name, Designation, Institution Name)	
15	क्या आप आवेदन शुल्क से छूट की योग्यता रखते हैं(अगर हाँ तो श्रेणी लिखें)/ Are you seeking fee exemption(if yes, specify your category)	

16. शैक्षणिक/व्यवसायिक/तकनीकी अर्हताएँ / Educational/Professional/Technical Qualifications

शैक्षणिक योग्यता का विवरण (मैट्रिक एवं तत्पश्चात) /Details of Educational Qualification(commencing with the matriculation). (सीजीपीए/डीजीपीए/ओजीपीए/किसी भी अन्य ग्रेडिंग को दो दशमलव अंक तक प्रतिशत में परिवर्तित अंकों का % दर्ज किया जाना चाहिए। मार्क्स को पूर्णांकित करने की अनुमति नहीं है) / (% of marks converting CGPA/DGPA/OGPA/any other grading into percentage of marks up to two decimal points should be entered. Rounding off Marks is not allowed)						
क्रम सं/ Sl. No	उत्तीर्ण परीक्षा Examination Passed	श्रेणी/ग्रेड Division/ Grade	प्राप्तांक का प्रतिशतता % of marks obtained	संस्थान/बोर्ड/ विश्वविद्यालय Board/University/Institute	विषय/ Subject	उत्तीर्ण होने का वर्ष/ Year of Passing
1.	X th (Matriculation)					
2.	XII th (Intermediate)					
3.	Graduation					

4.	Post-Graduation					
5.	Others					

***Note: 1. In Case of CGPA/OGPA Candidates are requested to convert the same in % as per University % Conversation Rule.**

17. Detail Related to Essential Qualifications:

Qualification		Subject	Total Marks	Marks Obtained	% of marks	Year of passing
MBBS with 55% marks	(YES/NO)					
Whether the University/Institute is registration with MCI.	(YES/NO)	If Yes, please attach the copy for proof.				

18. रोजगार का व्यौरा (नवीनतम से शुरू करते हुए) / Details of employment (beginning with the latest)

संगठन/ Organization	धारित पद/ Post held	स्थायी या अस्थायी / Whether it is Permanent or Contractual	वेतनमान एवं अंतिम आहरित वेतन/ Scale of pay & last drawn	निश्चित तारीख दी जाए/ Exact dates to be given		कुल अवधि/ Total Period	भूमिका और ज़िम्मेदारियाँ / Role & Responsibilities
				कार्यारंभ की तिथि/ Date of Joining	कार्य छोड़ने की तिथि/ Date of leaving		

घोषणा / Declaration

मैं _____ एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ, कि आवेदन पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी तथा विश्वास के अनुसार सही, पूर्ण एवं उचित है और यदि मेरे द्वारा दी गयी कोई सूचना गलत अथवा अनुचित पाई जाती है अथवा चयन से पूर्व या बाद में किसी अपात्रता का पता चलता है तो मेरी अभ्यर्थिता चयन/नियुक्ति के किसी भी स्तर पर रद्द की जा सकती है और मेरे विरुद्ध कारवाई की जा सकती है।

I _____ hereby declare that the statements made in the application are true, complete and correct to the best of my knowledge and belief and in the event of any of the information being found false or incorrect or any ineligibility being detected before or after the selection, my candidature is liable to be cancelled at any stage of Selection/appointment and action may be initiated against me.

स्थान / Place:

दिनांक / Date:

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर /Candidate Signature

()

पूरा नाम/ Full Name

सेवारत अभ्यर्थी अपने वर्तमान नियोक्ता से निम्नांकित पृष्ठांकन पर हस्ताक्षर करवाएँ।

Candidate already employed should get the following endorsement signed by his/her present employer.

विभाग/कार्यालय प्रधान द्वारा पृष्ठांकन
Endorsement by the Head of the Department / Office.

सं/Number:

दिनांक/Date:

1. चयन के मामले में, उम्मीदवार को नियुक्ति पत्र प्राप्त होने के एक महीने के भीतर कार्यमुक्त कर दिया जाएगा। / In case of selection, the candidate will be relieved within one month of the receipt of appointment letter.
2. आज की तारीख तक उम्मीदवार के विरुद्ध कोई सतर्कता/अनुशासनात्मक मामला लंबित नहीं है।/ No vigilance/disciplinary case is pending against the candidate as on date.

हस्ताक्षर/Signature _____

पदनाम/Designation _____

मोहर/Stamp

Advt. No.: -	Post:-	Post Code: -	SBI Online Receipt No.:-	Date: -
--------------	--------	--------------	--------------------------	---------

Name		Date of Birth			
			DD	MM	YY
Category		Age as on last date of application receipt			
			YY	MM	DD

Examination passed	Board/University	Total Marks	Marks Obtained	% of marks	Class/Division	Year of Passing	Duration	Subject
10 th								
12 th /Intermediate								
Graduation								
Post-Graduation								
Others.								

Qualification		Subject	Total Marks	Marks Obtained	% of marks	Year of passing
MBBS with 55% marks	(YES/NO)					
Whether the University/Institute is registration with MCI.	(YES/NO)	If Yes, please attach the copy for proof.				

Candidate's Signature with date



सीएसआईआर-केन्द्रीय खनन एवं ईंधन अनुसंधान संस्थान

CSIR-CENTRAL INSTITUTE OF MINING AND FUEL RESEARCH

(वैज्ञानिक तथा औद्योगिक अनुसंधान परिषद)

(Council of Scientific & Industrial Research)

बरवा रोड, धनबाद-826001 (झारखण्ड)

BARWA ROAD, DHANBAD- 826 001 (JHARKHAND)

(Website: www.cimfr.nic.in)



ADMIT CARD CUM HALL TICKET

पद/Post: RESIDENT MEDICAL
OFFICER/GR.III(4)

पद कोड/Post Code:

Advertisement No: -CIMFR-03/2020

पूरा नाम/ Full Name: _____

पिता का नाम/Father's Name: _____

श्रेणी/Category: _____

जन्म तिथि/Date of Birth : _____ (DD/MM/YY)

पत्राचार का पता/Correspondence Address: _____

पिन कोड/Pin code: _____

Affix your recent passport
size photograph

अभ्यर्थी का हस्ताक्षर/Candidate's Signature

केवल कार्यालय प्रयोग हेतु/FOR OFFICE USE ONLY

स्किल परीक्षा/साक्षात्कार का स्थान / VENUE FOR THE SKILL TEST/INTERVIEW:

स्किल परीक्षा/साक्षात्कार का समय एवं तिथि/ DATE & TIME FOR SKILL TEST/INTERVIEW: