

प्रति,

प्रधानाचार्य एवं मुख्य कार्य पालन अधिकारी

शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय एवं चिकित्साल भोपाल म.प्र.

विषय:- कोविड- 19 पॉजिटिव रोगियों में एडजुमेंट होम्योपैथिक उपचार के शोध हेतु आवेदन।

आवेदन का प्रारूप

दिनांक/...../2020

सीनियर रिसर्च फ़ैलो/डेटाइन्ट्री आपरेटर

PHOTO

1. अभ्यर्थी का नाम
2. पिता/पति का नाम
3. जन्मतिथि
4. वर्ग (सामान्य,अपिव,अजा,अजजा)
5. घर/पत्र व्यवहार का पता
6. आधार कार्ड
7. योग्यता/अर्हता
8. पंजियन प्रमाण-पत्र
9. ई-मेल
10. मोबाईल नम्बर

दिनांक:-.....

नोट:- उपरोक्त समस्त अभिलेखों एवं आवश्यक अनुभव प्रमाण पत्रों की स्वाप्रमाणित प्रति संलग्न करें।

आवेदन/आवेदिका के हस्ताक्षर