

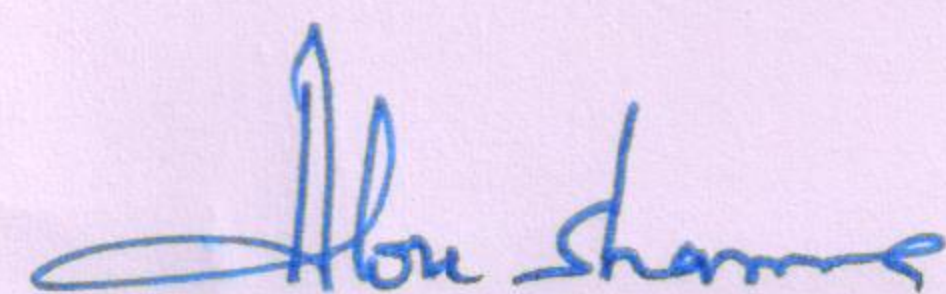
**CSIR-Institute of Himalyan Bioresouce Technology
Palampur-176 061(H.P.)**

Last date and time for receipt of applications: 22.12.2015 up to 5:00P.M.

Advt. No.28/2015

Applications are invited from reputed MBBS (Registered Medical Practioner) preferably MD(Medicine) of repute for engagement for three hours per day for full week except Sunday(s) and Gazzated Holiday(s) on a fixed monthly honorarium @ Rs.22,080/- (**Rupees twenty two thousand eighty only**) per month. Interested Registered Medical Practioner may send their applications on the prescribed proforma addressed to the Director, CSIR-Institute of Himalayan Bioresouce Technology, Post Box No.-6, Palampur (H.P.)176 061 on or before 22.12.2015.

Application proforma may be downloaded from our website(www.ihbt.res.in).


Administrative Officer

**CSIR-Institute of Himalayan Bioresource Technology
Palampur-1761 061 (H.P.)**

Advertisement No. 28/2015

*Affix latest
passport
size
photograph*

Application for the post Part time Doctor at CSIR-IHBT, Palampur

क्रम संख्या Sr. No.	विवरण Particulars	उम्मीदवार द्वारा भरा जाना है To be filled by the Candidate
1.	उम्मीदवार का नाम Name of Candidate	
2.	पिता का नाम Father's Name	
3.	जन्मतिथि Date of Birth	
4.	पत्राचार का पता दूरभाष न. एवं ई-मेल Correspondence Address. Telephone No. and e-mail	
5.	स्थायी पता दूरभाष न. एवं ई-मेल Permanent Address. Telephone No. and e-mail	
6.	क्या सीएसआइआर/हि.जै.प्रौ.संस्थान, पालमपुर में आपका कोई संबंधी कार्यरत है, जिससे आपका खून का रिश्ता है यदि है तो नाम, पदनाम, पोस्टिंग का स्थान एवं प्रयोगशाला/संस्थान का नाम Whether any blood relation is working at CSIR, If so, please provide complete details- Name and Designation.	

7. शैक्षिक योग्यता Educational qualifications:

क्रम संख्या Sr. No.	परीक्षा Name of Examination	विश्वविद्यालय University	उत्तीर्ण परीक्षा का वर्ष Year of Passing
1.	MBBS		
2.	MD (specialization)		

*please include attested copies of Certificates/Degrees

Contd...2

8.	पंजीकृत चिकित्सक होने का वैध प्रमाण यदि के प्रमाणपत्र की प्रति संलग्न करें Please enclose attested copy of the Registered Medical Practitioner issued by the competent authority.	
9.	अनुभव: कृपया अनुभव यदि कोई हो तो उसका विवरण एवं प्रति अवश्य संलग्न करें। Experience: Please enclose a copy of the experience certificate with details.	
10.	अन्य कोई वांछित सूचना / Any other relevant information.	

मैं यह घोषणा/करता हूँ/करती हूँ कि इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरे विश्वास के अनुसार पूर्ण रूप से सत्य है यदि कोई सूचना असत्य/गलत/छुपाई गई साबित होती है तो मेरा आवेदन/नियुक्ति बिना किसी सूचना के तत्काल निरस्त कर सकते हैं।

I hereby declare that all the statements made in this application are true and complete to the best of my knowledge and belief and nothing has been concealed/distorted. If any material/information has been found incorrect/concealed my application/engagement is liable to be summarily terminated without any notice.

दिनांक:

हस्ताक्षर/ Signature

दिनांक/Date:

नाम /Name.....

ई.मेल.आई.डी./E.mail ID.....

मोबाइल न./Mobile No.....

संलग्नकों की सूची :

List of Enclosures :