



कार्यालय प्राचार्य
शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय, रायपुर (छ.ग.)

Telefax No 0771-2222990

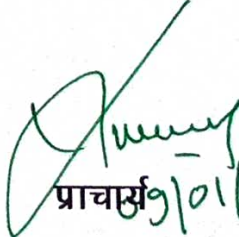
Email – govdenalcollege@gmail.com

कमांक / 199 / छा.शा. / जीडीसी / 2023

रायपुर, दिनांक 9/01/24

इंटरनशीप हेतु आवेदन के नियम व शर्तें

1. इंटरनशीप हेतु आवेदको का चयन बी.डी.एस. के चारों वर्षों के औसत प्राप्ताक के आधार पर होगा।
2. इंटरनशीप शुल्क की निर्धारित राशि रूपये 1.00 लाख है।
3. इंटरनशीप हेतु स्टायपंड (शिष्यावृत्ति) तदसमय प्रचलित नियमों के अनुसार दिया जाना अनुमोदित किया गया है। वर्तमान में रूपये 12,600 प्रतिमाह स्टायफंड होने के कारण आवेदको से $12,600 \times 12 = 1,51,200$ निर्धारित किया गया है। उक्त स्टायफंड (शिष्यावृत्ति) 12 सामान किस्तों में बिना ब्याज सहित संबधित छात्रों को वापस किया जावेगा।
4. किसी भी वाद-विवाद की स्थिति में प्राचार्य, शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय का निर्णय सर्वमान्य होगा।
5. समान अंक होने पर छ.ग.मूल निवासी को प्राथमिकता दी जावेगी।
6. DCI के नियमानुसार 1 वर्ष का इंटरनशिप जिस संस्था से आरंभ किया गया है, उसी संस्था से पूर्ण करना अनिवार्य है।
7. इंटरनशीप करने वाले छात्रों को संस्था के समस्त नियमों / निर्देशों का पालन करना अनिवार्य है।
8. निर्धारित प्रारूप में ही आवेदन स्वीकार किया जावेगा।
9. निर्धारित प्रारूप में ही आवेदन करने की अंतिम तिथि 19/01/2024 को अपराह्न 4.00 बजे तक स्वीकार किया जावेगा।


प्राचार्य 9/01/2024

शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय, रायपुर

कार्यालय प्राचार्य
शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय, रायपुर (छ.ग.)

Telefax No 0771-2222990

Email - gov dentalcollege@gmail.com

इंटरनशीप हेतु आवेदन-पत्र

1. नाम
2. पिता का नाम
3. माता का नाम
4. संस्था जहां से बी.डी.एस परीक्षा उत्तीर्ण की है
5. मूल निवासी, छ.ग. (हाँ/नहीं)
6. मोबाईल नं
.....
7. जन्म तिथि (अंको में)
(10वीं अंकसुची सुलग्न करे) शब्दों में
8. पूर्ण पता

बी.डी.एस. परीक्षा का परीक्षाफल

परीक्षा का नाम	वर्ष	प्राप्तांक	पुर्णांक	अटेम्प्ट
1) बी.डी.एस. प्रथम वर्ष				
2) बी.डी.एस. द्वितीय वर्ष				
3) बी.डी.एस. तृतीय वर्ष				
4) बी.डी.एस. चतुर्थ वर्ष				

* Aggregate Marks

नोट:-

1. बी.डी.एस. प्रथम, द्वितीय, तृतीय, चतुर्थ वर्ष तथा मूल निवासी प्रमाण की स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करे।
2. निर्धारित प्रारूप में जमा किया आवेदन ही स्वीकार किया जावेगा।

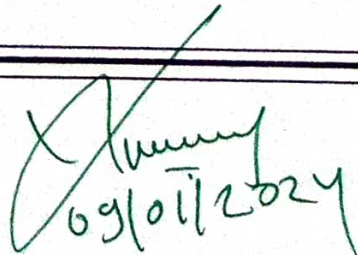
सत्यापन

मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्णतः सत्य एवं सही है, किसी भी प्रकार की विसंगति पाए जाने पर समस्त जवाबदारी मेरे स्वयं की होगी। इंटरनशीप हेतु निर्धारित किये गये सभी नियमों का मेरे द्वारा अक्षरशः पालन किया जायेगा। इस संबंध में शासकीय दन्त चिकित्सा महाविद्यालय, रायपुर का निर्णय अंतिम होगा जो मुझे मान्य होगा।

स्थान

नाम/हस्ताक्षर

दिनांक.....


09/01/2024