



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

Telefax No 0771-2222990

Email - gov dentalcollege@gmail.com

क्रमांक / 553 / छा.शा. / जीडीसी / 2025

रायपुर, दिनांक... 25-01-25

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 रुपये 1.00 लाख है।
3. इंटरनशीप हेतु स्टायफंड (शिष्यावृत्ति) तदसमय प्रचलित नियमों के अनुसार दिया जाना अनुमोदित किया गया है। वर्तमान में रुपये 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. इंटरनशीप करने वाले छात्रों को संस्था के समस्त नियमों / निर्देशों का पालन करना अनिवार्य है।
7. आवेदन निर्धारित प्रारूप में ही स्वीकार किया जावेगा।
8. आवेदन निर्धारित प्रारूप में अंतिम तिथि **13.02.2025** अपरान्ह 4.00 बजे तक स्वीकार किया जावेगा।
9. डी.सी.आई. के पत्र क्रमांक DE-130(ARPM-Gen.)-2023/M-68 दिनांक 21.06.2023 के अनुसार छ.ग. दंत परिषद से अनतिम पंजीयन (Provisional Registration) होने के उपरांत ही इंटरनशीप करने की अनुमति प्रदान की जायेगी।

प्राचार्य

शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय, रायपुर



Government Dental College, Raipur

Near Marhi Mata Mandir, Rajbandha Maidan, Raipur (C.G.)

Telefax No 0771-2222990

Email – govdentalcollege@gmail.com

Application for Internship

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 तिथी (अंकों में)
(10वीं अंकसूची संलग्न करें) शब्दों में
8. पूर्ण पता

बी.डी.एस. परीक्षा का परीक्षाफल

परीक्षा का नाम	वर्ष	प्राप्तांक	पूर्णांक	अटेम्प्ट
1) प्रथम बी.डी.एस. मे प्राप्तांक/ पूर्णांक				
2) द्वितीय बी.डी.एस. मे प्राप्तांक/ पूर्णांक				
3) तृतीय बी.डी.एस. मे प्राप्तांक/ पूर्णांक				
4) चतुर्थ बी.डी.एस. मे प्राप्तांक/ पूर्णांक				
कुल प्राप्तांक/ पूर्णांक				

नोट:-

1. बी.डी.एस. प्रथम, द्वितीय, तृतीय, चतुर्थ वर्ष, की अंकसूची एवं मूल निवासी प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करें। चयन उपरांत इंटरनशीप प्रारंभ करने के पूर्व छ.ग. दंत परिषद से अनंतिम पंजीकरण (Provisional Registration) करना अनिवार्य है।

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 पालन किया जायेगा। इस संबन्ध में शासकीय दन्त चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर प्रशासन का निर्णय अंतिम होगा जो मुझे मान्य होगा।

स्थान
दिनांक

.....
.....

.....
.....