



कार्यालय प्राचार्य

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

Telefax No 0771-2222990 Email - govdentalcollege@gmail.com

क्रमांक २७५० / जीडीसी / छात्र / 2026

रायपुर, दिनांक १२-०६-२६

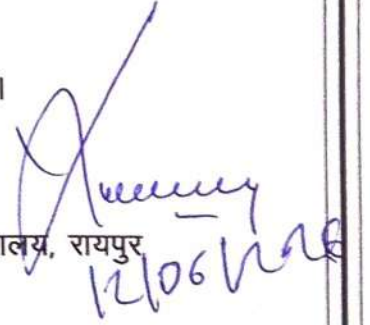
अधिसूचना

शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर में इंटर्नशीप हेतु शेष बचे रिक्त सीटों हेतु शैक्षणिक सत्र 2026-27 में अन्य दंत चिकित्सा महाविद्यालयों से बी.डी. एस. अंतिम वर्ष के उत्तीर्ण इच्छुक तथा योग्य छात्र/छात्राओं से निर्धारित प्रारूप में आवेदन पत्र दिनांक 22.06.2026 तक कार्यालयीन समय में आमंत्रित किया जाता है। संबंधित छात्र/छात्रा आवेदन महाविद्यालय में डाक/स्पीड पोस्ट/कुरियर अथवा स्वयं उपस्थित होकर जमा कर सकते हैं। आवेदन पत्र का प्रारूप तथा नियम शर्तों को महाविद्यालय की वेबसाइट www.govdentalcollegeraipur.in से डाउनलोड किया जा सकता है।

अंतिम तिथि के बाद प्राप्त आवेदन पर विचार नहीं किया जावेगा।

प्राचार्य

शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय, रायपुर


12/06/26



कार्यालय प्राचार्य

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

Telefax No 0771-2222990 Email - govdentalcollege@gmail.com

कमांक २७५० / जीडीसी / छात्र / 2026

रायपुर, दिनांक १२-०६-२६

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 $12,600 \times 12 = 1,51,200$ जमा किया जाना निर्धारित किया गया है।
4. इंटरनशीप शुल्क (रूपये 1.00 लाख) + स्टॉयपण्ड के रूप में दी जाने वाली राशि (रूपये एक लाख इनकावन हजार दो सौ) = कुल जमा की जाने वाली राशि दो लाख इनकावन हजार दो सौ रूपये होगी। उक्त स्टायफंड (शिष्यावृत्ति) 12 सामान किस्तों में बिना ब्याज सहित संबंधित छात्रों को वापस किया जावेगा।
5. किसी भी वाद-विवाद की स्थिति में प्राचार्य, शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय का निर्णय सर्वमान्य होगा।
6. समान अंक होने पर छ.ग. मूल निवासी को प्राथमिकता दी जावेगी।
7. इंटरनशीप करने वाले छात्रों को संस्था के समस्त नियमों / निर्देशों का पालन करना अनिवार्य है।
8. आवेदन निर्धारित प्रारूप में ही स्वीकार किया जावेगा।
9. आवेदन निर्धारित प्रारूप में अंतिम तिथि 22.06.2026 अपराह्न 4.00 बजे तक स्वीकार किया जावेगा।
10. एन.डी.सी. के पत्र कमांक DF-No-NDC/UGPG-DEB/Gen Letter/M/3/2026/DEB-1 Dated 10th June 2026 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 जहा से बी.डी.एस परीक्षा उत्तीर्ण की है
5. मूल निवासी, छ.ग. (हॉ/नहीं)
6. मोबाईल नं
.....
7. जन्म तिथी (अंको मे)
(10वीं अंकसूची सुलग्न करे) शब्दो मे
8. पुर्ण पता

बी.डी.एस. परीक्षा का परीक्षाफल

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

* Aggregate Marks

नोट:-

1. बी.डी.एस. प्रथम, द्वितीय, तृतीय, चतुर्थ वर्ष तथा मूल निवासी प्रमाण की स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करे।

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। इंटर्नशीप हेतु निर्धारित किये गये सभी नियमों का मेरे द्वारापालन किया जायेगा। इस संबंध में शासकीय दन्त चिकित्सा महाविद्यालय रायपुर प्रशासन का निर्णय अंतिम होगा जो मुझे मान्य होगा।

स्थान

दिनांक

.....

.....

Beenu Motilal

PRINCIPAL
Govt. Dental College
Raipur (C.G.)