



## छत्तीसगढ़ लोक सेवा आयोग, रायपुर

आवेदन पत्र प्राप्त होने की  
अंतिम तिथि: 31.07.2008

क्रमांक 1100/65/2007/विज्ञापन

रायपुर, दिनांक 17.07.2008

विज्ञापन-संशोधन पत्र क्रमांक 03/2008/चयन/दिनांक 17.07.2008

छत्तीसगढ़ लोक सेवा आयोग द्वारा छत्तीसगढ़ शासन के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के अंतर्गत "आयुर्वेद चिकित्सा अधिकारी" के कुल 106 रिक्त पदों की पूर्ति हेतु विज्ञापन क्रमांक 07/2008/चयन/दिनांक 22.05.2008 जारी किया गया है।

विभाग द्वारा छत्तीसगढ़ लोक स्वास्थ्य (भारतीय चिकित्सा पद्धति तथा होम्योपैथी) राजपत्रित सेवा भरती नियम 1987 में अधिसूचना दिनांक 05.07.2008 के तहत निम्नलिखित संशोधन किया गया है:-

उक्त नियमों में-

अनुसूची तीन के सरल क्रमांक 4, 6 एवं 8 के कालम (7) में अंतःस्थापित की जाए अर्थात:-

"शासकीय अर्द्धशासकीय तथा अन्य मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्थाओं में कार्यरत या कार्य करने के अनुभव प्राप्त चिकित्सा अधिकारियों को, कालम (5) में उल्लिखित उच्चतम आयु सीमा में, एक बार के लिए, पांच वर्ष की छूट प्राप्त होगी। तत्पश्चात यह प्रावधान समाप्त हो जावेगा।"

- (2) अतः उपरोक्त संशोधन को आयोग द्वारा जारी विज्ञापन क्रमांक 07/2008/चयन/दिनांक 22.05.2008 के कंडिका (5) उच्चतम आयु सीमा में छूट के कंडिका (5) (एक) (13) के रूप में जोड़ा जाता है।
- (3) उक्त संशोधन के कारण जिन उम्मीदवारों को उच्चतम आयु सीमा में छूटों का लाभ प्राप्त होगा, ऐसे उम्मीदवार दिनांक 31.07.2008 को कार्यालयीन समय 5.30 बजे तक आयोग कार्यालय में मूल विज्ञापन में दिये प्रपत्रों को भरकर आवेदन पत्र प्रस्तुत कर सकते हैं। उक्त दिनांक के पश्चात प्राप्त आवेदन पत्र स्वीकार नहीं किये जायेंगे।
- (4) ऐसे उम्मीदवारों को प्रपत्र-पांच में दिये प्रारूप के अनुसार आवेदन पत्र के साथ अनुभव प्रमाण-पत्र संलग्न करना अनिवार्य है। उक्त प्रमाण पत्र के अभाव में आयु संबंधी छूट नहीं दी जायेगी। प्रपत्र-पांच का प्रारूप इस विज्ञापन-संशोधन के साथ प्रकाशित किया जा रहा है।
- (5) विज्ञापन की शेष शर्तें यथावत रहेगी।

हस्ता/-  
सचिव

छ0ग0 लोक सेवा आयोग  
रायपुर

शासकीय, अर्द्धशासकीय तथा अन्य मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्थाओं में  
कार्यरत या कार्य करने का अनुभव प्रमाण-पत्र

क्रमांक ...../200

दिनांक :

अनुभव प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि डॉ. श्री/श्रीमति/कुमारी/.....पिता/पति का  
नाम ..... निवास ग्राम/नगर .....तहसील .....  
जिला ..... के है, जो कि दिनांक ..... से दिनांक ..... तक (कुल .....  
वर्ष .....माह) इस चिकित्सा संस्था में आयुर्वेद चिकित्सा अधिकारी के रूप में कार्य किए हैं/कर रहे हैं।

दिनांक : .....

स्थान : .....

हस्ताक्षर (मुहर)  
प्राधिकृत अधिकारी  
(चिकित्सा संस्थान का नाम)