

स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार  
बिहार, पटना

चिकित्सक ध्यान दें

वैसे रजिस्ट्रीकृत चिकित्सक जो एक वर्ष के अनुभव या छः मासिक प्रशिक्षण के आधार पर अनुवांशिक निदानशाला या अल्ट्रासाउण्ड निदानशाला अथवा इमेजिंग केन्द्र में कार्यरत हैं और उन्हें Radiology या Obs & Gynecology में PG / Diploma प्राप्त नहीं हैं को भारत के राजपत्र संख्या-11 दिनांक 10 जनवरी, 2014 के आलोक में सक्षमता आधारित मूल्यांकन को उत्तीर्ण करना अनिवार्य होगा ।

स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार एवं बिहार राज्य स्वास्थ्य समिति के Website : [www.health.bih.nic.in / statehealthsocietybihar.org](http://www.health.bih.nic.in/statehealthsocietybihar.org) से सन्दर्भित मूल्यांकन परीक्षा हेतु आवेदन पत्र दिनांक 04.12.2016 से उपलब्ध रहेगा । चिकित्सक उक्त आवेदन पत्र download कर उसे भर कर दिनांक 14.12.2016 के 5.00 बजे अपराह्न तक निम्न पते पर निबन्धित डाक / कोरियर / स्पीड पोस्ट पर निश्चित रूप से भेज दें ;

परीक्षा नियंत्रक

स्वास्थ्य सेवाएँ,

कैम्प कार्यालय नालान्दा मेडिकल कॉलेज कैम्पस,

कंकड़बाग, पुराना वाईपास रोड, पटना-800026

दिनांक 14.12.2016 के अपराह्न 5.00 बजे के बाद कोई भी आवेदन स्वीकार नहीं किया जायेगा ।

इस परीक्षा हेतु शुल्क निम्नवत् है;

(क) निजी संस्थान में कार्यरत चिकित्सकों के लिए 10000/- (दस हजार मात्र)।

(ख) केवल सरकारी संस्थान में ultrasonology का कार्य करने वाले चिकित्सक के लिए 5000/- (पाँच हजार मात्र)।

बैंक ड्राफ्ट परीक्षा नियंत्रक स्वास्थ्य सेवाएँ, बिहार के नाम से Axis Bank, Kumhrar Branch, Patna में देय होगा जिसका IFC Code : utib-0000142 है।

ह०/-

परीक्षा नियंत्रक

स्वास्थ्य सेवाएँ

सं०- 01/PC 2 PNJT ACT /PMD- 01, पटना, दिनांक- 03-12-2016

प्रतिलिपि : 1. सभी सिविज सर्जन-सह-मुख्य चिकित्सा पदाधिकारी को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यार्थ प्रेषित ।

2. आई.टी. मैनेजर, स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना ।

यथा माँ  
3.12.16

परीक्षा नियंत्रक

स्वास्थ्य सेवाएँ

**Govt. of Bihar**  
**DEPTT. OF HEALTH (MEDICAL EDUCATION)**  
**P.C. & PNDT Competency based Evaluation Test**

-----

To,

**The Controller of Examination**  
**Health Services, Bihar, Patna.**

*Recent Passport  
size photograph  
self attested*

Sir,

I request to permission to present myself at the ensuing P.C. & PNDT Competency based Evaluation Test.

**Exam Fee Details :**

D.D. No. .... Date .....

Amount .....

Bank Name .....

**Your's obediently**

.....

**STATEMENTS**

**[Particulars to be filled in by the candidates.]**

1. Name in full (Block Letters) .....
2. Father's Name .....
3. Date of Birth .....
4. Educational Qualification .....
- 5 (a). Name of Institution & its Registration No. where he is working .....
- 5 (b). Whether working in Govt. or Private Institution. (If working in Govt Institution as ultrosonographer, attach working certificate) .....
6. Permanent Address .....
7. Correspondence Address .....

**Govt. of Bihar**

**DEPTT. OF HEALTH, (MEDICAL EDUCATION)**

**P.C. & PNDT Competency based evaluation Test**

**ADMIT CARD**

Recent Passport size
Photograph self
Attested

**Full Sig. Of Candidates**

**(FOR OFFICE USE)**

**Name ..... Roll No.....**

**Examination Centre.....**

**Date.....**

**Controller of Examination  
Health Services, Bihar, Patna**

**Govt. of Bihar**

**DEPTT. OF HEALTH, (MEDICAL EDUCATION)**

**P.C. & PNDT Competency based evaluation Test**

**ADMIT CARD**

Recent Passport size
Photograph self
Attested

**Full Sig. Of Candidates**

**(FOR OFFICE USE)**

**Name ..... Roll No.....**

**Examination Centre.....**

**Date.....**

**Controller of Examination  
Health Services, Bihar, Patna**