

—: घोषणा :-

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी जानकारी मेरे द्वारा दी गई वह पूर्ण सत्य है जानकारी असत्य होने की दशा मे मेरा आवेदन/नियुक्ति पत्र निरस्त किया जा सकेगा। एवं इसकी पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी मुझ पर मध्य प्रदेश शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग एवं संबंधित संस्था के सभी नियम एवं प्रावधान पूर्ण रूपेण बन्धनकारक होंगे।

आवेदक के हस्ताक्षर एवं पूरा नाम

.....

दिनांक .....

स्थान .....