



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान पटना
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES PATNA

Advertisement No.: 249AIIMS/Pat/Dir/2015

Date: 02.09.2015

Applications are invited to get training on one day training of SHRAVAN KUMAR YOJNA COURSE [SKY COURSE] at AIIMS, Patna to take care of elderly people of your society/family

Applications will available on AIIMS Patna website www.aiimspatna.org by 15/09/2015. Dully filled up application form on prescribed format must reach the AIIMS-Patna, Clinical Co-ordinator, Telemedicine, PMR and AYUSH Block, Room No. 209 AIIMS, Patna, Phulwarisharif, Bihar. Pin Code 801507 by 15/10/2015, 5:00 PM by post.

Note: This course by any means does not offer any job opportunity at AIIMS Patna.

पत्रांक सं०: 249/एम्स/पटना/निदेशक/2015

दिनांक: 02.09.2015

एतद् द्वारा सभी योग्य नागरिकों को अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, पटना में एक दिवसीय ट्रेनिंग प्रोग्राम जिसका नाम 'स्काई कोर्स' है के लिए आवेदन आमंत्रित करता है। श्रवण कुमार योजना कोर्स में बुजुर्ग नागरिकों की देखभाल कैसे करनी है इसकी जानकारी दी जाएगी। इसके लिए आवेदन पत्र दिनांक 15/09/2015 से एम्स, पटना के वेबसाइट WWW.aiimspatna.org से डाउनलोड की जा सकती है। आवेदन शुल्क के रूप में रु 50 मात्र देय होगा।

आवेदन पत्र भेजने की अंतिम तिथि 15/10/2015 है।

आवेदन निम्नलिखित पते पर भेजें:

क्लीनिकल को-ऑर्डिनेटर, टेलिमेडिसिन, पी0एम0आर0 और आयुष ब्लॉक,
कमरा सं०-209 अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान,
पटना, फुलवारी शरीफ, बिहार, पिन-801507.

सूचना: यह पाठ्यक्रम एम्स पटना में किसी प्रकार के रोजगार के अवसर प्रदान नहीं करती है

APPLICATION FORM

SKY COURSE

SKY COURSE [Sharvan Kumar Yojna] Course

Fixed recently
colour photo

1. Name of the candidate _____
2. Date of Birth _____
3. Father's Name _____
4. Gender/ Sex : Male () Female ()
5. Address: _____

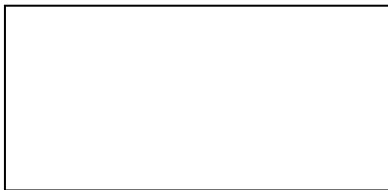
Phone No. _____ Email: _____

6. IPO/DD details : _____
- _____

7. Educational Qualification: _____
(Minimum 10th pass)

8. Knowledge of Computer : No () Minimum Knowledge ()
9. Degree/Diploma in Computer : Yes () No ()
10. First AID Training : Yes () No ()
11. Experience to work in any Hospital : No () Yes ()
12. If yes specify the name of Hospital : _____
- _____

Declaration: - All the above information given by me are absolutely true and I am interested to attain this course to serve the elderly people of my society and family as a volunteer:



Left hand Thumb Impression

Signature: