

# Chhindwara Institute of Medical Sciences, Chhindwara (M.P.)-480001

## Internship Application Form (Paramedical/Non medical students)

(E mail- deanmedicalcollegechhindwara@gmail.com)

Application for.....

### Personal details:

Name.....  
Father's/Husband's Name.....  
DOB..... Age/sex .....Category- UR/SC/ST/OBC/EWS .....  
Contact number..... Alternate Contact number .....  
Email address..... Aadhar number.....  
Residential address.....  
.....  
..... Pin code.....

Pasport photo

### Educational Qualifications:

Sr. no	Course	Course name with main subject	Board/University	Marks obtained/ Total	Percentage	No. of Attempt	State
1	10 <sup>th</sup>						
2	12 <sup>th</sup>						
3	Graduation						
4	Post graduation						

Registration No..... Council.....Date.....  
University/Institute currently studying.....  
..... Whether Govt/Private .....  
Course/subject presently pursuing.....  
Course duration.....

### Internship Details:

Department in which applying for internship .....  
Duration of internship required.....  
What do you intend to learn during internship.....  
.....  
Mention the reference from University/college/institute for internship.....  
(Attach supporting documents which asks you to do internship)

### Payment details

Application fees Rs 200/- to be paid in form of DD/Online  
Account holder name- CEO/Dean Govt. autonomous medical college Chhindwara (M.P.)  
Account No.- 37739004173 IFSC Code- SBIN0000348 UPI Id- deanmedicalchhindwara@sbi  
Bank Name - SBI, Main Branch, Chhindwara  
Transaction detail/UTR no/ Draft no .....Date.....  
Date Name of applicant.....  
Place Signature .....  
Enclose- 1) Payment detail. 2) Council registration

### Concerned department (not to be filled by candidate)

HOD's remark: - Permitted /Not permitted

Date

HOD  
Signature/Seal

  
16.5.25

## नियम एवं शर्तें:-

निम्नलिखित शर्तों से साथ अनुमति प्रदान की जाएगी। -

- 1- संस्था के स्वशासी खाते में सिक्योरिटी राशि 3000/- जमा करनी होगी, जो की आपके इंटरशिप कम्पलीट होने के पश्चात् वापस कर दी जावेगी।
- 2- इंटरशिप अवधि हेतु प्रतिमाह 3000/- रुपये शुल्क लिया जायेगा जो की संस्था के स्वशासी खाते में जमा करना होगा।
- 3- उक्त अवधि में किसी प्रकार का स्टापपेंड एवं छात्रावास उपलब्ध नहीं कराया जायेगा।
- 4- इंटरशिप की अवधि के दौरान विभागाध्यक्ष एवं विभाग में पदस्थ चिकित्सक की निगरानी में इंटरशिप की जावेगी। ।
- 5- संस्था, एक स्वशासी संस्था है इसलिए आपको स्वशासी के नियमों का पालन करना होगा।
- 6- लायब्रेरी से किताबें जारी नहीं की जाएगी।

मैं .....पिता /पति .....उल्लेखित शर्तों के अनुसार इंटरशिप करने के लिए सहमत हूँ।

स्थान-.....

आवेदक का नाम.....

हस्ताक्षर.....

दिनांक.....