



Sunderlal Patwa Government Medical College, Mandsaur (M.P.)



Document Verification Proforma for acceptance of FMG to Clinical Clerkship/Internship

(Ref: MPMC, Bhopal Rules & Guidelines No. MPMC/F-94/2024/3699 Bhopal, Dated 03.09.2024)

Paste Your Recent
passport size
Photograph

Myself.....(Name of FMG)
S/o/D/o.....(Father's Name) has obtained MBBS or
Equivalent Degree from.....
(Name of University, Province, Country etc.) is provisionally allotted Sunderlal Patwa
Government Medical College, Mandsaur (M.P.) for Clinical Clerkship / Internship on
..... by Madhya Pradesh Medical Council. Bhopal.

I am reporting to the College on and submitting following original
documents in support of my candidature for Clinical Clerkship/Internship:-

S. No.	Documents Required	Remark (Verified / Not Verified/ NA) (To be filled by Document Verification Committee)
1.	10th Marksheet	
2.	12th Marksheet	
3.	Eligibility Certificate from NMC	
4.	Degree of MBBS or Equivalent to MBBS	
5.	FMGE Certificate/ Screening Test Passing Certificate	
6.	MP State Domicile Certificate (If applicable)	
7.	Original Affidavit (Format A)	
8.	Provisional Registration Receipt	
9.	Any other (SPGMC college Affidavit)	

Remark

Signature & Name of
Candidate

Signature, Date, Name
& Designation of
Verifying Officer

Chairman
FMG Clinical Clerkship /
Internship Committee
SPGMC Mandsaur

// वचन पत्र //

(स्नातक / स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में प्रवेश के समय रु. 100/- के नोटराईज्ड स्टाम्प पेपर पर निष्पादित)

मैंपुत्र / पुत्री.....
Internship Year Rank शपथपूर्वक कथन करता/करती
हूँ कि:

1. मेरे द्वारा MPMC एवं DME, Bhopal Internship बाबत नियमों को भली भाँती समझ लिया है।
2. मैं सदैव IMC Regulation 2002 (professional, etiquette and ethics) का पालन करूंगा/करूंगी एवं पाठ्यक्रम की अवधि में किसी भी स्थिति में अनुशासनहीनता, रैगिंग एवं गैरकानूनी गतिविधि/अन्य अनुशासनहीनता से संबंधित गतिविधियों में संलिप्त नहीं होऊंगा/होऊंगी। मैं किसी भी स्थिति में अनाधिकृत रूप से अनुपस्थित नहीं रहूंगा/रहूंगी एवं किसी भी प्रकार की हड़ताल (Strike) में शामिल नहीं होऊंगा/होऊंगी। संलिप्तता पाये जाने पर Allotted College/Madhya Pradesh Medical Counselling (MPMC)/Public Health and Medical Education or DME के नियमों के अंतर्गत मुझ पर आवश्यक कार्यवाही की जा सकेगी।
3. मैं शासन के विधि द्वारा स्थापित समस्त अधिनियम तथा समय-समय पर जारी समस्त कार्यपालिक निर्देशों का पालन करूंगा/करूंगी।

मेरे द्वारा वचन पत्र में दी गई समस्त जानकारी सही एवं सत्य है जिसका सत्यापन आज दिनांक को स्थान में मेरे द्वारा सत्यापन किया गया।

1:- गवाह

नाम

पता

मोबाईल नंबर

3:-पिता / अभिभावक का नाम-

पता

मोबाईल नंबर

2:- गवाह

नाम

पता

मोबाईल नंबर