



સુરત મહાનગરપાલિકા
(Visit us at <https://www.suratmunicipal.gov.in>)

જા હે રા ત

સુરત મહાનગરપાલિકા સંચાલિત સ્મીમેર મેડીકલ કોલેજ એન્ડ હોસ્પિટલ, વિવિધ હેલ્થ સેન્ટરો તથા શહેર વિસ્તારોમાં કોવિડ-૧૯, વેક્સીનેશન, ધન્વંતરી રથ તથા ઓમિક્રોનના કેસો માટે અગમચેતીનાં પગલાનાં ભાગ રૂપે નીચે જણાવેલ જગ્યાઓની ૦૩ માસ માટે અથવા કોવિડ-૧૯ તથા તેને આનુસંગિક કામગીરી પૂર્ણ થાય ત્યાં સુધી, બે માંથી જે વહેલું હોય તેટલા સમયગાળા માટે કરારીય ધોરણે માસિક ફીક્સ વેતનથી ભરતી કરવા તથા પ્રતિક્ષાયાદી બનાવવાના હેતુસર નીચે પત્રક-૧ માં દર્શાવેલ યોગ્ય લાયકાત ધરાવતા ઉમેદવારોએ નીચે પત્રક-૨ માં જણાવેલ તારીખ તથા સમયે લેક્ચર હોલ, પહેલો માળ, બી બ્લોક, સ્મીમેર મેડીકલ કોલેજ, બોમ્બે માર્કેટ સામે, ઉમરવાડા, સુરત ખાતે અસલ પ્રમાણપત્રો, તેમજ તેની પ્રમાણિત નકલો (જેવા કે, સ્કુલ લીવીંગ સર્ટી., તમામ વર્ષની માર્કશીટ, ડીગ્રી સર્ટી., રજીસ્ટ્રેશન સર્ટી., અનુભવનું પ્રમાણપત્ર, આઈ.ડી.પુફ વિગેરે...) તથા ફોટોગ્રાફ ફરજીયાતપણે સાથે લાવવાના રહેશે.

પત્રક-૧

ક્રમ	જગ્યાનું નામ	સંખ્યા	લાયકાત	ફીક્સ અવેજ
૧.	સ્પેશ્યાલીસ્ટ પલ્મોનોલોજીસ્ટ / ફીઝીશ્યન	૦૩	-એમ.ડી.પલ્મોનોલોજી એન્ડ ક્રીટીકલ કેર/ જનરલ ફીઝીશ્યન/ ચેસ્ટ ફીઝીશ્યન/ પીડીયાટ્રીશ્યન - ડી.એન.બી.રેસ્પીરેટરી ડીસીઝીસ	માસિક રૂ.૮૦,૦૦૦/- ફીક્સ
૨.	મેડીકલ ઓફીસર (આયુષ)	૧૭૫	બી.એચ.એમ.એસ. / ડી.એચ.એમ.એસ./ એમ.ડી.(હોમીયોપેથી) અથવા બી.એ.એમ.એસ. / એમ.ડી.(આયુર્વેદીક) (ઉમેદવારે ગુજરાત હોમીયોપેથીક કાઉન્સિલ / ગુજરાત આયુર્વેદીક કાઉન્સિલનું રજીસ્ટ્રેશન તેમજ રીન્યુઅલ સર્ટીફિકેટ રજુ કરવાનું રહેશે.)	માસિક રૂ.૨૨,૦૦૦/- ફીક્સ
૩.	નર્સ	૪૦૦	એ.એન.એમ./ જી.એન.એમ./ બી.એસ.સી. નર્સિંગ (ગુજરાત નર્સિંગ કાઉન્સિલનું રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીફિકેટ ધરાવતા હોવા જોઈએ.)	માસિક રૂ.૧૩,૦૦૦/- ફીક્સ
૪.	મેડીકલ ઓફીસર	૧૨૫	એમ.બી.બી.એસ. (ગુજરાત મેડીકલ કાઉન્સિલનું રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીફિકેટ ધરાવતા હોવા જોઈએ.)	માસિક રૂ.૬૦,૦૦૦/- ફીક્સ
૫.	લેબોરેટરી ટેકનીશ્યન	૨૧૫	બી.એસ.સી.(કેમેસ્ટ્રી/ માઈક્રોબાયોલોજી વિષય સાથે) અથવા એમ.એસ.સી. (ઓર્ગેનીકેમેસ્ટ્રી / માઈક્રોબાયોલોજી વિષય સાથે) પાસ. માન્ય સંસ્થામાં લેબોરેટરી ટેકનીશ્યન ટ્રેનીંગ કોર્સ પાસ કરેલ હોવો જોઈએ.	માસિક રૂ.૧૩,૦૦૦/- ફીક્સ
૬.	રેડિયોગ્રાફીક ટેકનીશ્યન	૦૮	(૧) બી.એસ.સી. (ફીઝીક્સ વિષય સાથે) ગુજરાત રાજ્યમાં મેડીકલ કોલેજ અથવા માન્ય સંસ્થાનો એક્સ-રે ટેકનીશ્યન ટ્રેનીંગ કોર્સ પ્રમાણપત્ર ધરાવતા હોવા જોઈએ. એક્સ-રે કામના અનુભવીને અગ્રતા. (૨) ઉમેદવાર કોમ્પ્યુટરની કામગીરીના (DOEACC) Department of Electronic Accreditation of Computer Courses) ના સમકક્ષ કોર્સની જાણકારી ધરાવતા હોવા જોઈએ તેમજ આ બાબતે સરકારશ્રી વખતો વખત જે સુચવે તેવા કોમ્પ્યુટર કોર્સ / કામગીરીની જાણકારી ધરાવતાં હોવા જોઈએ.	માસિક રૂ.૩૦,૦૦૦/- ફીક્સ

ક્રમ	જગ્યાનું નામ	સંખ્યા	લાયકાત	ફીક્સ અવેજ
૭.	ઈલેક્ટ્રો કાર્ડિયોગ્રાફ ટેકનીશ્યન	૦૨	કોઈ પણ વિદ્યાશાખાના સ્નાતક તેમજ તે પાસ કર્યા બાદ માન્ય સંસ્થામાંથી ઈ.સી.જી. મશીન હેન્ડલીંગનો એક વર્ષનો અનુભવ. (બી.એસસી. ની પદવી ધરાવનાર ઉમેદવારને અગ્રીમતા આપવામાં આવશે.) અથવા માન્ય એજ્યુકેશન બોર્ડના ધોરણ-૧૨ પાસ. તેમજ તે પાસ કર્યા બાદ માન્ય સંસ્થામાંથી ઈ.સી.જી. મશીન હેન્ડલીંગનો ત્રણ વર્ષનો અનુભવ.	માસિક રૂ.૨૦,૦૦૦/- ફીક્સ
૮.	આસી. એન્જીનીયર (બાયોમેડીકલ)	૦૮	બી.ઈ.(બાયો મેડીકલ એન્જીનીયરીંગ) અથવા બી.ઈ.(બાયો ટેકનોલોજી એન્જીનીયરીંગ) અથવા બી.ઈ.(બાયો મેડીકલ એન્ડ ઈન્સ્ટ્રુમેન્ટેશન એન્જીનીયરીંગ) અને તે પાસ કર્યા બાદ હોસ્પિટલ ઈકવીપમેન્ટસની કામગીરી અંગેનો ૦૨ (બે) વર્ષનો અનુભવ. નોંધ :- ઉચ્ચ લાયકાત તેમજ અનુભવ ધરાવતા ઉમેદવારને અગ્રીમતા આપવામાં આવશે.	માસિક રૂ.૨૫,૦૦૦/- ફીક્સ
૯.	ડ્રાઈવર	૫૦	(૧) ધોરણ - ૧૦ પાસ, (૨) હેવી ગુડ્ઝ વ્હીકલ લાયસન્સ સાથે ટ્રાન્સપોર્ટ વ્હીકલ ચલાવવાને લગતું આર.ટી.ઓ.નું બે વર્ષ જુનું ઓથોરાઈઝેશન ડ્રાઈવીંગ લાયસન્સ ધરાવતા હોવા જોઈએ. વયમર્યાદા : ૩૩ વર્ષથી વધુ નહીં	માસિક રૂ.૧૧,૦૦૦/- ફીક્સ
૧૦.	વોર્ડબોય	૧૫૭	ધોરણ ૧૦ પાસ, હોસ્પિટલ કે લેબોરેટરી કામનો અનુભવ ધરાવતા ઉમેદવારોને પ્રાધાન્ય આપવામાં આવશે.	માસિક રૂ.૮,૫૦૦/- ફીક્સ
૧૧.	આયા	૭૩	ધોરણ ૧૦ પાસ, હોસ્પિટલ કે લેબોરેટરી કામનો અનુભવ ધરાવતા ઉમેદવારોને પ્રાધાન્ય આપવામાં આવશે.	માસિક રૂ.૮,૫૦૦/- ફીક્સ

પત્રક-૨

ક્રમ	જગ્યાનું નામ	સંખ્યા	રજીસ્ટ્રેશન તારીખ	અરજી સ્વીકારવાનો સમય
૧.	સ્પેશ્યાલીસ્ટ પલ્મોનોલોજીસ્ટ / ફીઝીશ્યન	૦૩	તા.૩૦/૧૨/૨૦૨૧	સમય સવારે ૯:૦૦ થી બપોરે ૧:૦૦ કલાક તથા બપોરે ૧:૩૦ થી સાંજે ૪:૦૦ કલાક સુધી
૨.	મેડીકલ ઓફીસર (આયુષ)	૧૭૫		
૩.	નર્સ	૪૦૦		
૪.	મેડીકલ ઓફીસર	૧૨૫	તા.૩૧/૧૨/૨૦૨૧	
૫.	લેબોરેટરી ટેકનીશ્યન	૨૧૫		
૬.	રેડીયોગ્રાફીક ટેકનીશ્યન	૦૮		
૭.	ઈલેક્ટ્રો કાર્ડિયોગ્રાફ ટેકનીશ્યન	૦૨		
૮.	આસી. એન્જીનીયર (બાયોમેડીકલ)	૦૮	તા.૦૧/૦૧/૨૦૨૨	
૯.	ડ્રાઈવર	૫૦		
૧૦.	વોર્ડબોય	૧૫૭		
૧૧.	આયા	૭૩		

- નોંધ : (૧) ઉક્ત દર્શાવેલ વેબસાઈટ ઉપર મુકવામાં આવેલ નિયત નમુનાની પ્રિન્ટ કાઢી, ફોર્મ ભરી, ફોટોગ્રાફસ સહિત તમામ પુરાવાઓ સાથે ઉમેદવારે સ્વખર્ચે ઉક્ત દર્શાવેલ સરનામા ખાતે હાજર થવાનું રહેશે.
- (૨) હાલ કોવિડ-૧૯ અંતર્ગત સુરત મહાનગરપાલિકામાં કરારીય ધોરણે ફરજ બજાવતા ઉમેદવારો સદર જાહેરાત અનુસંધાને ફરીથી જોડાવા માંગતા હોય તો તેઓએ પણ ફરીથી અરજી કરવાની રહેશે.
- (૩) હાલની કોવિડ-૧૯ ની પરિસ્થિતિને ધ્યાને લઈ, ઉપરોક્ત જણાવેલ કેડરોની તારીખ મુજબ મળેલ માન્ય અરજીના ઉમેદવારોને વહેલા તે પહેલાના ધોરણે નિમણુંક આપવામાં આવશે.

ઉકત જગ્યાઓ પૈકી જે જગ્યાઓમાં રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીફિકેટની જરૂરીયાત હોય, તે જગ્યાઓ માટે સંપુર્ણ થયેલ રજીસ્ટ્રેશનની નકલ ફરજિયાતપણે લાવવાની રહેશે તેમજ સદર જગ્યાઓ નિયમ મુજબ ફીક્સ વેતનથી કરાર આધારીત ભરતીના નિયમો અને શરતોને આધિન ભરવામાં આવશે તેમજ અન્ય કોઈ પણ જાતના ભથ્થા અને નાણાંકીય લાભ ચુકવવામાં આવશે નહીં.

સહી/—
કમિશનર,
સુરત મહાનગરપાલિકા.



સુરત મહાનગરપાલિકા

ગોરધનદાસ ચોખાવાલા માર્ગ, મુગલીસરા, સુરત-૩૯૫૦૦૩
૦૨૬૧-૨૪૨૩૭૫૦ થી ૫૬



www.suratmunicipal.gov.in

નર્સ / લેબો.ટેકનીશ્યન / રેડીયોગ્રાફીક ટેકનીશ્યન/ ઈલેક્ટ્રો કાર્ડીયોગ્રાફ ટેકની./
આસી. એન્જીનીયર(બાયોમેડીકલ)/ડ્રાઈવર/ વોર્ડબોય /આયા ની જગ્યા માટેનું અરજી ફોર્મ
(સુવાચ્ય અક્ષરમાં બોલપેનથી અરજી કરવી)

તાજેતરનો પાસપોર્ટ
સાઈઝ ફોટોગ્રાફ
ચોંટાડવો

(સ્ટેપ્લર મારવી નહી)

જગ્યાનું નામ :

(જે જગ્યા માટે અરજી કરેલ છે તે સ્પષ્ટ જણાવવું)

અ.નં. વિગત

૧. પ્રથમ નામ :

૨. પિતા/પતિનું નામ:

૩. અટક :

૪. સરનામું :

૫. પીન કોડ નં.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

૬. રહેઠાણનો ફોન નં.
(એસટીડી સહિત)

એસટીડી કોડ					રહેઠાણનો ફોન નં.																					

૭. મોબાઈલ નં.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

૮. ઈ-મેઈલ આઈ.ડી.

૯. લીંગ (Gender) : ૧. પુરૂષ () ૨. સ્ત્રી ()

૧૦. જન્મ તારીખ : દિવસ

--	--

 માસ

--	--

 વર્ષ

--	--	--	--	--

૧૧. જાતિ (લાગુ પડતુ હોય ત્યાં (✓) ની નિશાની કરો) :

૧. અ.જા. () ૨. અ.જ.જા.() ૩. સા.શૈ.પ.વ. () ૪. સામાન્ય () ૫. દિવ્યાંગ ()
૬. માજી. સૈનિક () ૭. આ.ન.વ. ()

૧૨. વૈવાહિક દરજ્જો (લાગુ પડતુ હોય ત્યાં (✓) ની નિશાની કરો) :

૧. પરણિત () ૨. અપરણિત () ૩. છુટાછેડા () ૪. વિધુર / વિધવા ()

૧૩. ૧. ડ્રાઈવિંગ લાઈસન્સ નં.

૨. ડ્રાઈવિંગ લાઈસન્સનો પ્રકાર :

૩. લાઈસન્સ ઈસ્યુ કરનાર રાજ્ય :

૪. લાઈસન્સ રીન્યુ કરવાની તારીખ :

(ડ્રાઈવરની જગ્યા માટે અરજી કરનારે જ ભરવી)

૧૪. શૈક્ષણિક લાયકાત

પાસ કરેલ પરીક્ષા	સંસ્થાનું નામ / બોર્ડ / યુનિવર્સિટી	પરીક્ષા પાસ કર્યાનું વર્ષ અને માસ	કુલ માર્ક / મેળવેલ માર્ક	મેળવેલ ટકાવારી			પ્રયત્ન
			/			.	
			/			.	
			/			.	

(જે કેદર માટે લાગુ પડતુ હોય ત્યાં ફરજીયાત)

૧૫. રજીસ્ટ્રેશન નંબર :

રજીસ્ટ્રેશન તારીખ :

૧૬. અનુભવની વિગત

સંસ્થાનું નામ	તારીખ		હોદ્દો અને કામનો પ્રકાર	અનુભવ				મેળવેલ પગાર
	કઈ તારીખથી	કઈ તારીખ સુધી		વર્ષ	માસ			

બિડાણ કરેલ કાગળો :- (તમામ પ્રમાણપત્રોની ફક્ત પ્રમાણિત નકલો જ સામેલ કરવી.)

(જે પુરાવા અરજી સાથે સામેલ કર્યા હોય તેની સામે જ (✓) ની નિશાની કરો)

૧.	જન્મ દાખલો ()	૨.	શાળા છોડ્યાનું પ્રમાણપત્ર ()
૩.	ડીપ્લોમાં માર્કશીટ () ડીપ્લોમાં પ્રમાણપત્ર ()	૪.	સ્નાતકની માર્કશીટ () સ્નાતકનું પ્રમાણપત્ર ()
૫.	અનુસ્નાતકની માર્કશીટ () અનુસ્નાતકનું પ્રમાણપત્ર ()	૬.	જાતિનું પ્રમાણપત્ર ()
૭.	અનુભવનું પ્રમાણપત્ર ફક્ત સંસ્થાના લેટરપેડ ઉપર ()	૮.	દિવ્યાંગતા અંગેનું પ્રમાણપત્ર ()
૯.	કોમ્પ્યુટર વિષયક પરીક્ષા પાસ કર્યા અંગેનું પ્રમાણપત્ર ()	૧૦.	ક્રિમીલેયર પ્રમાણપત્ર ()
૧૧.	એસ.એસ.સી. માર્કશીટ () એસ.એસ.સી. પ્રમાણપત્ર ()	૧૨.	હાલના નોકરીદાતાનું ન વાંધા પ્રમાણપત્ર ()
૧૩.	એચ.એસ.સી. માર્કશીટ () એચ.એસ.સી. પ્રમાણપત્ર ()	૧૪.	રજીસ્ટ્રેશન પ્રમાણપત્ર ()
૧૫.	કેટલા પ્રયત્ને પરીક્ષા પાસ કરેલ છે તેનું પ્રમાણપત્ર ()	૧૬.	અન્ય

કબુલાતનામું

આથી હું નીચે સહી કરનાર જણાવુ છું કે અરજીમાં જણાવેલ તમામ વિગતો સંપૂર્ણપણે સાચી છે, અને આ અંગે કોઈ પ્રશ્ન ઉપસ્થિત થાય તો મારી ઉમેદવારી ગેરલાયક થશે અને જો નિમણુંક પામેલ હોઈશ તો તે રદ થવાને પાત્ર રહેશે.

સ્થળ :-

તારીખ :-

અરજી કરનારની સહી



Application Form for the post of

- (1) Medical Officer(MBBS)**
- (2) Medical Officer (Ayush)**
- (3) Specialist Pulmonologists/Physician**

(Strike out whichever not applicable)

Affix Passport Size
Photograph
(Cross sign)

(Fill In Block Letters only)

1. Post Applied for

• Designation: _____

• Specialty: _____

2. Name of Candidate:

(First Name)

(Middle Name)

(Surname)

**3. Father's Name /
Husband's Name:**

(First Name)

(Middle Name)

(Surname)

4. Address

City: _____ **State:** _____ **Pincode:** _____

Mobile Numbers

E-mail Address :

5. Gender:

Male

Female

6. Date of Birth:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

7. Category:

SC

ST

SEBC

General

EWS

8. Educational Qualifications:

Examination Passed	Name of the University	Passing Month/Yr	Total Marks / Obtain Marks	%	Attempt	Registration Number/Date
			/			
			/			
			/			
			/			

9. Details of Experience :

Name of Institution	From (DD/MM/YYYY)	To (DD/MM/YYYY)	Designation & Nature of work	Total Experience Years/months	Salary/ Payband

**for office use only*

10. Check-List:

Please tick (√) in the appropriate box the document you have submitted with your application (attach **attested xerox copies** wherever applicable in the sequence given below.)

S. No	Document	Please Tick
(1)	(a) Mark Sheet	
	(b) Attempt Certificate	
	(c) Degree Certificate	
	(d) Registration Certification	
(2)	(a) Mark Sheet	
	(b) Attempt Certificate	
	(c) Degree Certificate	
	(d) Registration Certification	
(3)	(a) Mark Sheet	
	(b) Attempt Certificate	
	(c) Degree Certificate	
	(d) Registration Certification	
(4)	(a) Mark Sheet	
	(b) Attempt Certificate	
	(c) Degree Certificate	
	(d) Registration Certification	
(5)	Experience Certificate	
(6)	Caste Certificate when applicable (Domicile of Gujarat)	
(7)	Birth Date Certificate/ School Leaving	
(8)	NOC of Present Employer	
(9)	Proof of change name / Proof of change in marital status	
(10)	Any Others	

If selected willingness to join within [] days.

Place: _____

Date: _____

(Signature of the Applicant)

DECLARATION

I hereby declare that all the particulars stated in this application form are true to the best of my knowledge and belief.

In the event of submission of fraudulent, incorrect or untrue information or suppression or distortion of any fact like education qualification, marks, experience etc., I understand that my selection is liable for cancellation.

I further understand that my selection is purely provisional subject to the verification of the eligibility conditions.

I undertake to abide by the decision / order of the Appointment Authority to cancel my provisional selection and/or to expel me from the college and/or to prosecute me in case any incorrect information or discrepancy is found in this form either at the time of selection or at any time during the course of my employment.

I hereby agree, if selected, to conform to the Rules and Regulations of the Medical College in force and that may hereafter be made for the governance of the college and undertake that so long as I am an employee of the college I will do nothing either inside or outside the college that will interfere with its orderly governance, discipline and good name.

Place: _____

Date: _____

(Signature of the Applicant)