



**OFFICE OF THE DEAN,**

**Late Shri Lakhiram Agrawal Memorial Govt. Medical College Raigarh, (C.G.)**

Bendrachuwa, Raigarh, Chhattisgarh, ph-07762-220742

e-mail: [gmcragarh.2013@gmail.com](mailto:gmcragarh.2013@gmail.com) ,Fax No. -07762-220741

**Required Document and Fee Detail for NEET-PG**  
**Admission (2022-23)**

**Fees -**

**D.D. / NEFT / RTGS - Rs. 72,000/-**

**DD in favor of - Dean, Late Shri Lakhiram Agrawal Memorial**  
**Govt. Medical College Raigarh (C.G)**

**Contact For Nodel Officer Dr. Surajit Kundu,**  
**Mobile No - 75838-28825**

  
**Issuing Institute Officer (Admission)**  
**Late Shri L.A.M. Medical College**  
**Raigarh (C.G.)**



## OFFICE OF THE DEAN

Late Shri Lakhiram Agrawal Memorial Govt. Medical College Raigarh, (C.G.)

Bendrachuwa, Raigarh, Chhattisgarh, ph-07762-220742

### List of Essential Documents for PG- Courses 2022-23

S.No.	Name of Documents
1	NEET-PG Admit card 2022-23
2	NEET-PG Mark sheet 2022-23
3	NEET-PG Allotment letter
4	10th Marksheet and Passing Certificate
5	12th Marksheet and Passing Certificate
6	Transfer Certificate
7	Character certificate
8	Gap Affidavit (if Applicable) (on Rs 50 Stamp)
9	Migration certificate
10	Marksheet of Ist MBBS, IInd MBBS , IIIrd MBBS Part-I & Part -II
11	Internship Completion Certificate
12	Attempt Certificate
13	Permanent MBBS Degree /Provisional Degree
14	MBBS Registration (MCI/State Medical Council)
15	Caste Certificate (Central/State) (if Applicable)
16	Income certificate for OBC/SC/ST
17	EWS Certificate (if Applicable)
18	Domicile Certificate
19	Medical Certificate
20	Class certificate (S/FF/PH) (If Applicable as per proforma gazette notification)
21	Rural service bond (on Rs.250 stamp)
22	Discontinuation bond (on Rs.250 stamp)
23	Affidavit for UG Service Bond (on Rs.100 stamp)
24	In Service Experience Certificate Chhattisgarh (DME/DHS)
25	Document authentication affidavit Declaration Form (on Rs.50 stamp)
26	4 Photograph
27	Identity Card (Aadhar Card/Pan Card/Driving License/Passport/Voter ID)

( All Document Should be in 1 set copy with Original )

Contact No. For Nodal Officer Dr. S.Kundu , Mobile No - 75838-28825



## PHOTO

## Name of Student

### Age

**Father's Name**

**Mother's Name**

Date Of Birth

### Present Address

### Permanent Address

**Aadhar No.**

Student Mobile No. \_\_\_\_\_

Mail ID

### NEET-PG Selection Detail

### Selected By

Roll No.

Obtain Marks /Max Marks

Obtain Marks / MM

### Alloted Subject

### MBBS Passing Details

### MBBS Marks

## MBBS Permanent

Registration No.

Name of College

Name of University

NEET PG - 2021-22

### NEET Percentage

## All Over Rank

Category Rank

### First Year

Second  
Year

## Final Part-I

## Final Part-II

Above given information is true. When I will change my Present /permanent Address or My Contact Number Durning my Study , I will inform Dean office immediately.

Parent Sign

Student Sign

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

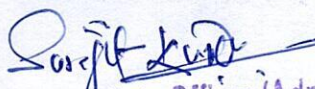
Issuing Institute Officer (Admission)  
Late Shri L.A.M. Medical College  
Raigarh (C.G.)

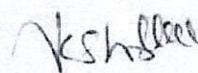


(250/- के नानज्युडिशियल स्टाम्प - पर निष्पादित कर नोटरी द्वारा सत्यापित किया जाए)

(राज्य कोटे से छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालयों में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में प्रवेशार्थियों द्वारा राज्य-शासन के अधीन सेवा करने हेतु बन्धत पत्र (बाण्ड) का प्रारूप)

1. मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नि श्री..... निवासी.....  
छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालय में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में प्रवेशित अभ्यर्थी हूँ। मेरा चयन एमडी/एमएस/डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु सामान्य/आरक्षित श्रेणी के अंतर्गत हुआ है।
2. यह कि मुझे वर्ष ..... में आयोजित "NEET" प्रवेश परीक्षा से शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय .....में शैक्षणिक सत्र ..... में ..... सीट आवंटित की गई है।
3. यह कि वर्ष ..... की काउंसलिंग के पूर्व मैंने छत्तीसगढ़ शासन, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, नया रायपुर की अधिसूचना क्रमांक.....रायपुर दिनांक ..... छत्तीसगढ़ राज्य के चिकित्सा महाविद्यालयों के एमडी/एमएस/डिप्लोमा पाठ्यक्रमों में प्रवेश नियमों को पढ़कर भली-भाँति समझ लिया है। उपरोक्त अधिसूचना के कंडिका ..... जिसमें राज्य शासन के अधीन सेवा करने हेतु बन्ध पत्र निष्पादित करने संबंधित जानकारी दी गई है, जिसे मैंने भली-भाँति समझ लिया है एवं मैं उक्त नियम की सभी बिन्दुओं से सहमत हूँ।
4. मैं एतद् द्वारा बन्धन पत्र निम्न शर्तों पर निष्पादित करता/करती हूँ कि मैं एमडी/एमएस/डिप्लोमा पाठ्यक्रम को सफलतापूर्वक पूर्ण करने के उपरान्त राज्य शासन के अधीन दो वर्षों की कालावधि तक अनिवार्य रूप से कार्य करूंगा/करूंगी।
5. यह कि इस बन्ध पत्र का उल्लंघन होने की दशा में शासन को अधिकार होगा कि मेरी चल व अचल संपत्ति से अथवा इस बन्ध पत्र में मेरे प्रतिभूति के रूप में हस्ताक्षरकर्ता श्री..... पुत्र/पुत्री/पत्नि श्री.....निवासी.....की चल व अचल संपत्ति (संपत्ति का सम्पूर्ण विवरण) से इस बन्ध पत्र की राशि रुपये .....शब्दों में (रुपए.....) कि वसूली व साथ ही पाठ्यक्रम अवधि के दौरान शासन द्वारा भुगतान की गई सम्पूर्ण छात्रवृत्ति/शिष्यवृत्ति की सम्पूर्ण राशि की वसूली भू-राजस्व के बकाया के रूप में की जावेगी।
6. जब तक पूरी राशि की वसूली नहीं हो जाती तब तक मुझे अधिष्ठाता के द्वारा अनापत्ति प्रमाण पत्र प्रदान नहीं किया जायेगा।
7. अधिष्ठाता के द्वारा अनापत्ति प्रमाण पत्र जारी होने के पश्चात् मैं संचालक चिकित्सा शिक्षा को उक्त अनापत्ति प्रमाण पत्र प्रस्तुत करूंगा/करूंगी जिसकी अनुशंसा पर विश्वविद्यालय द्वारा अंतिम डिग्री प्रदान की जावेगी व राज्य मेडिकल बोर्ड में स्नातकोत्तर योग्यता का स्थायी पंजीयन मुझे प्राप्त अंतिम डिग्री के आधार पर ही किया जावेगा।

  
Issuing Institute Officer (Admission)  
Late Shri L.A.M. Medical College  
Raigarh (C.G.)





8. एमडी/एमएस/डिप्लोमा पाठ्यक्रम के सफलता पूर्वक पूर्ण किये जाने की सूचना विश्वविद्यालय से प्राप्ति के बारह माह के भीतर यदि आयुक्त, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग नियुक्ति आदेश जारी नहीं करते है तो यह बन्धापत्र स्वमेव निरस्त समझा जावेगा।
9. यह कि मुझे ज्ञात है, कि विवाद की स्थिति में छत्तीसगढ़ शासन का निर्णय अंतिम एवं मान्य होगा।

गवाह : -

1.....हस्ताक्षर

2.....हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

आवेदक/ निष्पादनकर्ता

आवेदक का फोटो	प्रतिभूतिकर्ता का फोटो	गवाह नं. 1 का फोटो	गवाह नं. 2 का फोटो
आवेदक	प्रतिभूतिकर्ता	गवाह 01	गवाह 02

प्रतिभूतिकर्ता

मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री.....निवासी .....

उपरोक्तानुसार बन्ध पत्र के लिए प्रतिभूति तथा बन्ध पत्र के उल्लघन की दशा में बन्ध पत्र में उल्लेखित राशि मेरी चल व अचल संपत्ति से वसूल की जा सकेगी।

हस्ताक्षर

प्रतिभूतिकर्ता (बिन्दु क्रमांक 05)

*Vestale*

*Susil Kumar*  
**Issuing Institute Officer (Admission)**  
**Late Shri L.A.M. Medical College**  
**Raigah (C.G.)**



(सभी प्रवेशित अभ्यर्थियों हेतु)

(250/- के नानज्युडिशियल स्टाम्प पर निष्पादित कर नोटरी द्वारा सत्यापित किया जाए)  
छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालय में प्रवेशार्थियों द्वारा निष्पादित किए जाने वाले शपथ पत्र का प्रारूप

मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नि श्री..... निवासी.....  
छत्तीसगढ़ के चिकित्सा महाविद्यालय में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु अभ्यर्थी हूँ।

1. मैंने छत्तीसगढ़ शासन स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय रायपुर की अधिसूचना क्रमांक .....  
.....: "छत्तीसगढ़ चिकित्सा स्नातकोत्तर प्रवेश नियम - ....." को भली-भांति पढ़कर समझ लिया है।
2. मैं राज्य कोटे/अखिल भारतीय कोटे के सामान्यप/आरक्षित श्रेणी का छात्र हूँ।
3. मैं एतद् द्वारा यह शपथ पत्र निम्नत शर्तों पर निष्पादित करता हूँ कि :-  
(क) यदि माननीय उच्चतम न्यायालय/भारतीय चिकित्सा परिषद द्वारा इस शैक्षणिक वर्ष हेतु प्रवेश की निर्धारित अंतिम तिथि के उपरांत मेरे द्वारा प्रवेशित सीट से त्याग पत्र दिया जाता है तो रु. 25 लाख (पच्चीस लाख रु.) तथा तीन/दो वर्षों तक प्रदाय किये जाने वाले स्टायापण्ड की राशि (अद्यतन स्थिति में गणना की गई) शासन को मेरे द्वारा देय होगी।  
(ख) मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि पाठ्यक्रम अवधि के दौरान यदि मुझ पर अनुशासनात्मक कार्यवाही करते हुए महाविद्यालय प्रशासन के द्वारा मुझे महाविद्यालय से निष्कासित किया जाता है तो भी उपरोक्त कंडिका में वर्णित राशि शासन को मेरे द्वारा देय होगी।  
(ग) उक्त राशि के भुगतान करने के पश्चात् ही मेरे द्वारा प्रवेश के समय महाविद्यालय प्रशासन में जमा किये गए मूल प्रमाण पत्र मुझे वापस प्रदाय किये जायेंगे।  
(घ) यह कि मुझे ज्ञात है, कि विवाद की स्थिति में छत्तीसगढ़ शासन का निर्णय अंतिम एवं मान्य होगा।

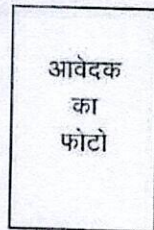
गवाह :-

हस्ताक्षर

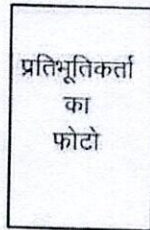
1.....हस्ताक्षर

आवेदक/ निष्पादनकर्ता

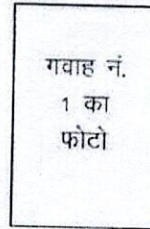
2.....हस्ताक्षर



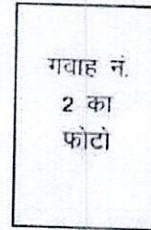
आवेदक



प्रतिभूतिकर्ता



गवाह 01



गवाह 02

प्रतिभूतिकर्ता

मैं.....पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री..... निवासी.....  
उपरोक्तानुसार बन्ध पत्र के लिए प्रतिभूति तथा बन्ध पत्र के उल्लघन की दशा में बन्ध पत्र में उल्लेखित राशि मेरी चल व अचल संपत्ति से वसूल की जा सकेगी।

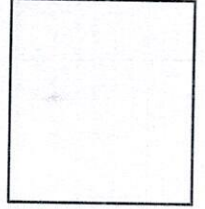
*Surjit Kumar*  
Issuing Institute Officer (Admission)  
Late Shri L.A.M. Medical College  
Raigarh (C.G.)

*Vishal*

हस्ताक्षर  
प्रतिभूतिकर्ता



**// AFFIDAVIT FOR UG SERVICE BOND //**



I ----- S/o, D/o, W/o Shri -----  
Address ----- is candidate for admission in PG  
courses at Lt Shri Lakhiram Agrawal Memorial Govt. Medical College  
Raigarh, Chhattisgarh .

1- I am a All India quota /State quota UR/Reserved category student.

2- I hereby undertake that I am not bonded to provide/have completed  
rural service after completion of MBBS under state government.  
**(Document Attached)**

**OR**

I hereby undertake that I am bonded to provide rural service after  
completion of MBBS under state government and will complete my  
remaining rural service under state government after completion of my  
Post Graduation.

**Signature of Deponent**

**// Verification //**

I ----- S/o, D/o, W/o Shri ----- verify at -----  
----- on ----- day of ----- 2021 that the contents of the  
above affidavit are true and correct to the best of my knowledge and belief.

**Signature of Deponent**

Institute Officer (Admission)  
Late Shri L.A.M. Medical College  
Raigarh (C.G.)





**OFFICE OF THE DEAN,**  
**Late Shri Lakhiram Agrawal Memorial Govt. Medical College Raigarh, (C.G.)**  
Bendrachuwa, Raigarh, Chhattisgarh, ph-07762-220742  
e-mail: [gmcraigarh.2013@gmail.com](mailto:gmcraigarh.2013@gmail.com) ,Fax No. -07762-220741

**Stamp 50 /-**

**// DECLARATION FORM //**

While seeking admission in Medical College, Raigarh I hereby declare that the records and documents which have been submitted by me to your office are true to the best of my knowledge. In case any of my documents submitted by me are found false or forged, my admission may be cancelled and I will have no right to claim for the refund of fees deposited by me.

I shall abide by the directives regarding the discipline and am also prepared to pay fee if and when it is revised by the Govt. of C.G.

Signature:-.....

Full Name of Students .....

Full Address:- (Correspondence)

.....  
.....  
.....  
.....

Full Address:- (Permanent)

.....  
.....  
.....  
.....

  
**Issuing Institute Officer (Admission)**  
**Late Shri L.A.M. Medical College**  
**Raigarh (C.G.)**





# OFFICE OF THE JOINT DIRECTOR CUM SUPERINTENDENT

SANT BABA GURU GHASIDAS JI MEMO. GOVT. HOSPITAL, RAIGARH (C.G.)

S.N./S.B.G.G.M.,G.H./M.B./

/

RAIGARH, DATE-

/

/

ONLY FOR ADMISSION OF MBBS/PG PURPOSE

## MEDICAL EXAMINATION CERTIFICATE

### ADMISSION OF MBBS/PG

Candidate photo

Self attested

NAME OF THE CANDIDATE

:

(IN CAPITAL LETTER)

S/O, D/O, W/O

:

NAME OF THE COURSE

:

ENTRANCE EXAMINATION

:

NEET ROLL NO.

:

ADDRESS OF THE CANDIDATE

:

YEAR OF ADMISSION

:

CHAIRMAN



NAME OF THE CANDIDATE: \_\_\_\_\_

**FINAL ASSESSMENT OF THE BOARD**

(The board should record their findings under one of the following three categories)

i. Fit for pursuing the course:-

\_\_\_\_\_

ii. Unfit for pursuing the course on account of:-

\_\_\_\_\_

iii. Temporarily unfit on account of:-

\_\_\_\_\_

MEMBER (MEDICINE)

MEMBER (SURGERY)

MEMBER (OPHTHALMOLOGIST)

MEMBER (GYNECOLOGIST)

MEMBER (E.N.T.)

MEMBER (PSYCHIATRIST)

CHAIRMAN



### **CANDIDATE'S STATEMENT AND DECLARATION**

The candidate must make the statement below prior to his Medical examination and must sign the declaration appended there to. His attention is specially directed to the warning contained in the note below:-

1. Student Name : \_\_\_\_\_  
(In Block Letter)
2. Date of Birth & birth place : \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_
3. Single/married/widow/widower : \_\_\_\_\_
4. Identification Mark : \_\_\_\_\_
5. Any Physical deformity/defect : \_\_\_\_\_
6. Past H/O Chronic Disease : \_\_\_\_\_  
(TB/DM/HTN/Epilepsy/  
Bleeding Disorder)
7. Ongoing Treatment At : \_\_\_\_\_  
Present For any Disease
8. Allergic/Addiction to : \_\_\_\_\_  
any Substance/drug
9. Any current Legal/Medico-Legal: \_\_\_\_\_  
Case
10. Have you been immunized : \_\_\_\_\_  
Against the mentioned disease  
Please give date of vaccination
  - i. Small pox : \_\_\_\_\_
  - ii. Polio : \_\_\_\_\_
  - iii. Diphtheria : \_\_\_\_\_
  - iv. Tetanus : \_\_\_\_\_
  - v. Tuberculosis : \_\_\_\_\_
  - vi. Others (Including Covid-19): \_\_\_\_\_

All the above answers are to the best of my belief, true and correct.

Parent/ Guardian Signature

Candidate's signature

Note: - 1. The candidate will be held responsible for the accuracy of the above statement by willfully suppressing any information will incur the risk of losing the admission.  
2. Please put your name on all the pages indicated.



**EXAMINATION**  
**PATHOLOGY INVESTIGATION**

1. Hb (Gm %) :- \_\_\_\_\_
2. Blood Group :- \_\_\_\_\_
3. Urine Analysis
  - a) Appearance :- \_\_\_\_\_
  - b) Sp. Gr. :- \_\_\_\_\_
  - c) Albumin: :- \_\_\_\_\_
  - d) Sugar :- \_\_\_\_\_
  - e) Casts :- \_\_\_\_\_
  - f) Cells :- \_\_\_\_\_

**DEPARTMENT OF GENERAL MEDICINE**

4. General Condition (Good/Fair/ Poor) : \_\_\_\_\_
5. Height (without shoes) : \_\_\_\_\_
6. Weight & TEMP. : \_\_\_\_\_
7. B.P (mm/Hg) : \_\_\_\_\_
8. Pulse /Min : \_\_\_\_\_
9. R.R : \_\_\_\_\_
10. Girth of chest : Inspiration \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_
11. Skin : Any contagious disease : \_\_\_\_\_
12. Systemic Examination
  - ❖ CVS : \_\_\_\_\_
  - ❖ CNS : \_\_\_\_\_
  - ❖ R/S : \_\_\_\_\_
  - ❖ P/A : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE & SEAL**  
**(CONSULTANT MEDICINE)**

**DEPARTMENT OF ENT**

**ENT EXAMINATION**

13. Ear :- Right Ear \_\_\_\_\_ Left Ear \_\_\_\_\_
14. Nose :- \_\_\_\_\_
15. Throat :- \_\_\_\_\_
16. If any other : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

**SIGNATURE & SEAL**  
**CONSULTANT( ENT )**



## DEPARTMENT OF OPHTHALMOLOGY

17. Eyes :

1. Any disease : \_\_\_\_\_
2. Night blindness : \_\_\_\_\_
3. Defect in color vision : \_\_\_\_\_
4. Field of vision : \_\_\_\_\_
5. Visual acuity : \_\_\_\_\_

Acuity of vision	Naked Eye	With Glasses	Strength of Glass	
			Sph. Cyl.	Axl.
Distant Vision				
R. E.				
L. E.				

OPHTHALMOLOGIST OPINION

Fit / Unfit

SIGNATURE & SEAL  
(OPHTHALMOLOGIST)

## DEPARTMENT OF SURGERY

18. Systemic Examination

- ❖ CVS
- ❖ CNS
- ❖ R/S
- ❖ P/A

19. Liver /Spleen/ Kidneys :- \_\_\_\_\_
20. Hernia/ Hernial Sites :- \_\_\_\_\_
21. Genitalia :- \_\_\_\_\_
22. Lymph glands :- \_\_\_\_\_
23. Thyroid :- \_\_\_\_\_
24. Any Visible/ Palpable Mass/ Tumors :- \_\_\_\_\_
25. Condition of teeth :- \_\_\_\_\_
26. Locomotor System abnormality /Skeletal deformity: If Any :- \_\_\_\_\_

SIGNATURE & SEAL  
CONSULTANT( SURGERY)



**DEPARTMENT OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY**

- 27.Married/Unmarried :- \_\_\_\_\_
- 28.Obs. History :- \_\_\_\_\_
- 29.Age At Menarche :- \_\_\_\_\_
- 30.L.M.P :- \_\_\_\_\_
- 31.Menses- Regular/Irregular :- \_\_\_\_\_
- 32.Genito -Urinary System :- \_\_\_\_\_

SIGNATURE & SEAL  
CONSULTANT OBS & GYN

**DEPARTMENT OF PSYCHIATRY**

- 33.Mental Health :-
- i. Adjustment :- \_\_\_\_\_
  - ii. Emotional Problems :- \_\_\_\_\_
  - iii. Substance Abuse :- \_\_\_\_\_
  - iv. Psychotic disorder :- \_\_\_\_\_

SIGNATURE & SEAL  
CONSULTANT(PSYCHIATRY)

- 34.Any other :- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_