



दक्षिण पूर्व मध्य रेलवे

South East Central Railway

मुख्यालय, कार्मिक विभाग, रेलवे भर्ती प्रकोष्ठ, आरटीएस कॉलोनी, बिलासपुर (छ. ग.)

HEAD QUARTER, PERSONNEL DEPARTMENT, RILWAY RECRUITMENT CELL, R.T.S. COLONY,, BILASPUR (C.G.) 495004

No. P-HQ/RRC/GDCE/01/2021/22

Date: 05.02.2024

सूचना

रेलवे भर्ती प्रकोष्ठ, बिलासपुर द्वारा सामान्य विभागीय प्रतियोगी परीक्षा (जीडीसीई) के तहत नोटिफाइड रोजगार सूचना संख्या 01/2021 के गुड्स ट्रेन मैनेजर (गुड्स गार्ड) पदों के लिए दस्तावेज सत्यापन 23.01.2024 को इस कार्यालय में आयोजित किया गया था। दस्तावेज सत्यापन के पश्चात् उम्मीदवारों को चिकित्सा परीक्षण के लिए मुख्य चिकित्सा अधीक्षक कार्यालय, केन्द्रीय रेलवे चिकित्सालय, दक्षिण पूर्व मध्य रेलवे, बिलासपुर के पास भेजा गया था। रेलवे चिकित्सालय से प्राप्त चिकित्सा प्रमाण पत्रों के आधार पर निम्न उम्मीदवारों को A-2 (Aye Two) मेडिकल कटेगरी में अयोग्य घोषित किया गया है, उनका रोल नंबर निम्न लिखित है:

रोल नंबर	मेडिकल कटेगरी
20211433699	Unfit in A-2 due to defective DV
20211231832	Unfit in A-2 due to defective vision
20211433811	Unfit in A-2 due to defective DV
20211534603	Unfit in A-2 due to defective DV

उपरोक्त उम्मीदवारों को रेलवे चिकित्सालय के द्वारा निर्धारित चिकित्सा श्रेणी/अनफिट श्रेणी के विरुद्ध चाहें तो अपील कर सकते हैं। अपील करने के इच्छुक उम्मीदवार अनुलग्नक-2 में निर्दिष्ट प्रारूप में शासकीय/निजी चिकित्सक के द्वारा जारी चिकित्सा प्रमाण पत्र के साथ दिनांक 04.03.2024 तक रेलवे भर्ती प्रकोष्ठ, बिलासपुर कार्यालय में अपना आवेदन प्रस्तुत कर सकते हैं।

अपील करने वाले उम्मीदवार यह ध्यान रखें कि उपरोक्त प्रारूप में जारी प्रमाण पत्र में उम्मीदवार का पासपोर्ट साइज फोटोग्राफ एवं पहचान का चिह्न, प्रमाण पत्र जारी करने वाले संबंधित शासकीय/निजी चिकित्सक का भारतीय चिकित्सा परिषद/राज्य का पंजीयन क्रमांक का स्पष्ट रूप से उल्लेख किया जाना है।

अपील संबंधी ऐसे समस्त मामलों में चिकित्सा परीक्षण की फीस संबंधित उम्मीदवारों के द्वारा स्वयं वहन किया जाना है, जिसके लिए निर्धारित राशि रुपये ₹1000/- है जो डिमॉंड ड्राफ्ट के रूप में प्रधान वित्तीय सलाहकार/दक्षिण पूर्व मध्य रेलवे, बिलासपुर (Principal Financial Advisor, South East Central Railway, Bilaspur) को देय हो। चिकित्सा परीक्षण में फिट पाए जाने पर उपरोक्त शुल्क वापस कर दिया जाएगा।

उपर्युक्तानुसार प्राप्त अपील संबंधी समस्त मामलों में यदि प्रधान मुख्य चिकित्सा निर्देशक, दक्षिण पूर्व मध्य रेलवे, बिलासपुर की राय हो, कि अपील के मामले की पुनः जाँच होनी चाहिए, तो वह उम्मीदवारों की पुनः जाँच के लिए एक चिकित्सा बोर्ड के माध्यम से उम्मीदवारों की चिकित्सा जाँच का प्रावधान करेंगे। इस संबंध में प्रधान मुख्य चिकित्सा निर्देशक, द.पू.म.रेलवे, बिलासपुर का निर्णय अंतिम होगा।

उम्मीदवार अपनी अपील के साथ अनुलग्नक-2 एवं ₹1000/- का डिमॉंड ड्राफ्ट रेलवे भर्ती प्रकोष्ठ, बिलासपुर के कार्यालय में दिनांक दिनांक 04.03.2024, शाम 6.00 बजे तक जमा कर सकते हैं। इसके पश्चात् कोई अपील स्वीकार नहीं की जाएगी।

(राघवेन्द्र सिंह)

सहायक कार्मिक अधिकारी/आरआरसी

कृते अध्यक्ष, रेलवे भर्ती प्रकोष्ठ, दक्षिण पूर्व मध्य रेलवे, बिलासपुर

Proforma of Medical Certificate

(To be filled by Government / Private Specialist Doctor)

Name of the candidate Shri/ Smt/Ku.
 S/o/D/o/W/o (Father's name)
 Medical examination done for the post of medical category.....
 Post

I hereby Certify that:-

- * The medical examination certificate has been given with full knowledge of the fact that the candidate has already been rejected as Unfit for service by the medical authority appointed by the Government in this behalf.
- * Shri/Smt/Ku..... S/o/D/o/W/o Shri has been examined by me personally after verification of photograph, signature and identification marks.
- * The necessary investigations done are of same person, the reports of which are enclosed along with my opinion.
- * The candidate has been tested for vision by Landolt's split rings mounted as per Indian Railways guidelines.
 (+ struck out if not applicable)

Note:- If the candidate is made unfit due to defective vision, his/ her vision is to be tested by Landot's split rings mounted which is as per Indian Railways guidelines.

Opinion of the certifying doctor:-

Candidate's recent
 photograph with
 signature of the
 candidate half on
 photo and half on
 outside

Signature of the candidate.....

Identification marks :-

1.....

2.....

Signature of the certifying Doctor

Name of the doctor.....

Specialty

Registration Number.....

Date of issue.....

Place of issue.....