



महाराष्ट्र शासन
GRANT GOVT. MEDICAL COLLEGE &
+ SIR J.J. GROUP OF HOSPITALS, MUMBAI +
(GOVERNMENT OF MAHARASHTRA)

ग्रंट शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय व सर ज.जी.समुह रुग्णालये, मुंबई - ४००००८
Tel.No.2373 55 55, 2373 1144; Fax No.2373 55 99; e-mail - gmcacad@gmail.com

क्र.ग्रंशावैम/शैवि/फेलोशिप/परीक्षा/हिवाळी २०२५/४७०६ /२५ दिनांक : १०/१०/२०२५

परीक्षा परीपत्रक

विषय : फेलोशिप अभ्यासक्रमाच्या हिवाळी २०२५ अंतिम परीक्षेबाबत...

संदर्भ : जा.क्र.मआविवि/एक्सपीजी-६/एफसीसी/०८/५१५६/२०२५ दिनांक ०६/१०/२०२५

महोदय,

उपरोक्त विषयास अनुसरून संदर्भाधिन परीपत्रकान्वये विद्यापीठाने फेलोशिप अभ्यासक्रमाची हिवाळी सत्र २०२५ करिताची अंतिम परीक्षा घेणे प्रस्तावित असल्याबाबत कळविले आहे. सदर अभ्यासक्रमाच्या परीक्षेकरीता "अधिसूचना क्र.४५/२०२४ अन्वये विद्यार्थ्यांची लॉग बुक क्रियापुस्तिका (Completion of Log Book Activity) व Research Project पूर्ण असणे तसेच विद्यापीठ परीक्षेसाठी पात्र होण्यासाठी विद्यापीठाच्या अभ्यासक्रमात परिभाषित आवश्यक क्रेडिट पॉइंट पूर्ण करणे अनिवार्य आहे. तसेच ज्या विद्यार्थ्यांना विद्यापीठाच्या पात्रता विभागाकडून पात्रता प्रदान करण्यात आलेली आहे व ज्या विद्यार्थ्यांचा संबंधित फेलोशिप / प्रमाणपत्र अभ्यासक्रमांचा शैक्षणिक कालावधी (अनुक्रमे १२ महिने / २४ महिने / ०६ महिने) ३१ जानेवारी, २०२६ पर्यंत पूर्ण होत असून त्यांची हजेरी उक्त परीक्षेच्या कालावधीपर्यंत किमान ८० पूर्ण होत असेल अशा सर्व विद्यार्थ्यांची अंतिम परीक्षा अंदाजे माहे जानेवारी - फेब्रुवारी २०२६ मध्ये घेण्यात येईल."

तसेच सदर परीक्षेस पात्र विद्यार्थ्यांची अभ्यासक्रमनिहाय यादी व शिक्षक यादी (Appendix - A) दिनांक १५/१०/२०२५ रोजी पर्यंत शैक्षणिक विभागास सादर करण्यात याव्यात.

सदर परीक्षेस पात्र विद्यार्थ्यांचे परीक्षा अर्ज, परीक्षा शुल्क रु.२८,२५०/- (अक्षरी रुपये अठ्ठावीस हजार दोनशे पन्नास मात्र) सह दिनांक २९/१०/२०२५ रोजी पर्यंत या कार्यालयास द्विप्रतीत सादर करण्यात याव्यात.

सोबत : Appendix - A for Coursewise / Subjectwise Teacher List

उप अधिष्ठाता

ग्रंट शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय,
मुंबई

प्रति,

- १) प्राध्यापक व विभाग प्रमुख, स्त्रीरोग व प्रसूतिशास्त्र विभाग, ग्रं.शा.वै.म.मुंबई
- २) प्राध्यापक व विभाग प्रमुख, नेत्रशल्यचिकित्साशास्त्र विभाग, ग्रं.शा.वै.म.मुंबई
- ३) प्राध्यापक व विभाग प्रमुख, अस्थिव्यंगोपचारशास्त्र विभाग, ग्रं.शा.वै.म.मुंबई
- ४) प्राध्यापक व विभाग प्रमुख, औषधवैद्यकशास्त्र विभाग, ग्रं.शा.वै.म.मुंबई
- ५) प्राध्यापक व विभाग प्रमुख, मनोविकृतीशास्त्र विभाग, ग्रं.शा.वै.म.मुंबई

COURSEWISE / SUBJECTWISE TEACHER LIST

Name of the College/Institute/Hospital -----
 Office telephone no : ----- Fax no:- -----
 Dean/Principal/Coordinator (O): ----- (Resi) :- -----
 (Mob) ----- Email ID -----
 Course: Fellowship / Certificate Course
 Name of the Course -----
 Course related/Parent Subject: -----

(The preform should be sent separately for each Course)

Sr. No.	Full Name of the Teacher (first Name Middle Name Last Name)	Post Held & Date of Joining	UG Qual. & Passing Year	PG Qual. & Passing year, along with subject Specialization	Total Teaching Experience (Year)			Central Council Recognition (Yes/No)	Date of Birth (Age)	Email Address	Contact Nos. (Resi./Mob)	Aadhaar Card No.	Sign of Teacher	Remarks (if Debarred, Specify) (Yes/No)
					UG	PG	Clinical Exp.							

(Signature Head of Dept.)

(Signature and Seal of Dean/Principal/Director/Coordinator)

Note : 1) Please provide the information of those Teachers who taught Fellowship/Certificate Courses at your College/Hospital/Institute.

2) Examiner have minimum 05 years Clinical Standing/teaching experience in the concerned subject of Fellowship/Certificate Course.