

कार्यालय उपयोग हेतु (For office use only)  
प्राप्त रु. Received Rs. \_\_\_  
डायरी सं. Dy.No. \_\_\_  
दिनांक Dated \_\_\_  
Signature



यहां फोटो  
चिपकायें Affix  
photograph  
here.

THE MINES ACT, 1952/खान अधिनियम, 1952  
**APPLICATION FORM FOR COMPETENCY EXAMINATIONS**  
**UNDER THE MMR 1961 FOR THE YEAR 2017**

वर्ष 2017 के लिए धत्त्विकीय खान विनियम 1961 के अधीन सक्षमता परीक्षा के लिए आवेदन प्रपत्र

|   |                      |   |                          |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1 परीक्षा कोड<br>Exam code  | <input type="text"/> | परीक्षा<br>Name of examination:   | <input type="text"/>     | योजना<br>Scheme:                                 | <input type="text"/>     | Subjects             | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 2. विगत वर्ष का परीक्षा कोड<br>Prev. Yr's Exam Code   | <input type="text"/> | 2A विगत वर्ष का आई.डी. न., रोल न.<br>Prev. Yr's ID No, Roll No & Year   | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 3. आवेदक का उपनाम App. Surname :  | <input type="text"/> |   |                          |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 4. आवेदक का प्रथम एवं द्वितीय नाम (लिखावट के बड़े अक्षरों में) First & Second Name: (In Capital Letters)  | <input type="text"/> |   |                          |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 4a. आवेदक का नाम हिन्दी में Applicants name in Hindi  | <input type="text"/> |   |                          |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 5. श्री / स्व. / पिता का नाम Shri/Late/ Father's Name:  | <input type="text"/> |   |                          |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 6. सेकेन्डरी स्कूल / सीनियर सेकेन्डरी स्कूल प्रमाण पत्र संख्या<br>Sr. SSC/SSC Cert. No.   | <input type="text"/> | 7. तिथि (Date)  | <input type="text"/>     |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 8. बोर्ड Board:   | <input type="text"/> | 9. जन्म तिथि Date of Birth:   | <input type="text"/>     |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 10. प्राथ. उप. प्र. पत्र सं.<br>FAC. No.  | <input type="text"/> | 11. प्रमाण पत्र तिथि<br>FAC DT.:  | <input type="text"/>     | 12. क्वालिफिकेशन कोड<br>Qlf Code:                | <input type="text"/>     |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 13. क्वालिफिकेशन प्रमाण पत्र सं.<br>Qualification Cert. No.   | <input type="text"/> | 14. प्रमाण पत्र तिथि<br>Cert. Date                                      | <input type="text"/>     | 15- उत्तीर्ण तिथि<br>Date of passing             | <input type="text"/>     |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 16. वैधानिक प्रमाण पत्र कोड<br>St. Cert. Code   | <input type="text"/> | 17. प्रमाण पत्र सं.<br>St. Cert. No.                                    | <input type="text"/>     | 18. प्रभावी तिथि<br>Effective Dt                 | <input type="text"/>     |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 19. बैंक ड्राफ्ट / भारतीय पोस्टल आर्डर सं.<br>Draft/IPO No.   | <input type="text"/> | 20. तिथि<br>Date  | <input type="text"/>     | 21. रकम<br>Amount Rs.                            | <input type="text"/>     |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 22. यदि 01/01/1986 के बाद की परीक्षाओं में किसी विषय में उत्तीर्ण हुए हों तो विषय कोड एवं वर्ष लिखें /<br>If passed in any subject (s) in Examinations after 01/01/1986, give subject code & year [eg. L. 92 or V. 86]  |                      |   |                          |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| (a)   | <input type="text"/> | (b)   | <input type="text"/>     | (c)  | <input type="text"/>     | (d)                  | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 23. कुल अनुभव माह में लिखें<br>Total exp. in months   | <input type="text"/> | 24. वैधानिक अनुभव<br>Stat. Exp.   | <input type="text"/>     | 25. स्वास्थ्य प्रमाण पत्र तिथि<br>Med. Cert. Dt. | <input type="text"/>     |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 26. जी.टी. प्रमाण पत्र संख्या<br>Gas testing Cert.No  | <input type="text"/> | 27. जी.टी. प्रमाण पत्र तिथि<br>G.T. Cert. date                          | <input type="text"/>     | 27a चरित्र प्रमाण पत्र<br>Char. Cert.            | <input type="checkbox"/> | Yes                  | <input type="checkbox"/>   | No                   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 28. केन्द्र कोड<br>Centre Code  | <input type="text"/> | 29. मूल अनुभव प्रमाण पत्र है/या नहीं ?<br>Exp. Certificate in Original? | <input type="checkbox"/> | Yes  | <input type="checkbox"/> | No                   | 30. भाषा कोड (फोरमैन परीक्षा के लिए)<br>Language Code (Foreman's exam) | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 31. Mailing Address (पत्राचार का पता)   |                      |   |                          |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> |                      |   |                          |  |                          |                      |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 32. Permanent Address: (स्थायी पता)   |                      |   |                          |  |                          |                      |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| VILL  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | POST                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| PS  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | DIST                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| STATE   | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>     | PIN                  | <input type="text"/>   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

33. DETAILS OF EXPERIENCE & SERVICE : अनुभव और सेवा का विस्तृत विवरण

| Name of the mine & owner<br>खान एवं मालिक का नाम | Place of experience<br>अनुभव का स्थान | Particulars of experience<br>अनुभव के प्रकार | From<br>से | To<br>तक | YY/MM/DD<br>वर्ष / माह / दिन |
|--|---------------------------------------|--|------------|----------|------------------------------|
|  |                                       |  |            |          |                              |
|  |                                       |  |            |          |                              |
|  |                                       |  |            |          |                              |
|  |                                       |  |            |          |                              |
| कुल अनुभव Total experience                       |                                       |  |            |          |                              |

34. अनुलग्नकों का विवरण (DETAILS OF ENCLOSURES): 1.

2.

3.

4.

5.

35. आधार कार्ड नं./Aadhar Card No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

36. मोबाइल नं./Mobile No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

37. ई मेल / E Mail :

38.(A) क्या पूर्व में खनन परीक्षा बोर्ड द्वारा परीक्षा के लिए वंचित किया गया? हां या ना : Whether the candidate was debarred from appearing in any examination conducted by the Board of Mining Examinations (Coal/Metal) in the past-Yes or No

39.(B) - अगर हां, वंचित करने की अवधि : If Yes, period of debarment:

40. स्व-घोषणा (SELF DECLARATION): मैं सत्य निष्ठा से घोषित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण एवं सूचनाएं सत्य हैं ।  
I solemnly declare that the above statements and information are true.

आवेदक का हस्ताक्षर व तिथि (Signature of the applicant with date)

## अनुदेश INSTRUCTIONS

1. सभी प्रविष्टियां काले स्याही से अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में ही भरें जायें। All the entries should be filled up in black ink in English block letters only.
2. परीक्षा कोड/विगत वर्ष का परीक्षा कोड/वैधानिक प्रमाण पत्र कोड: परीक्षा कोड/विगत परीक्षा कोड/वैधानिक प्रमाण पत्र कोड लिखें, जैसे—SMU, FMU... Exam Code /Prev. Yr's Exam. Code/ St. Certificate Code: Write exam code /Exam Code of last year / Statutory Certificate Code, as SMU, FMU. कोड Code: **FMR/FMU-** प्रथम श्रेणी प्रबंधक (सीमित/असीमित) First Class Manager's (Restricted/Unrestricted), **SMR/SMU-** द्वितीय श्रेणी प्रबंधक (सीमित/असीमित) Second Class Manager's Certificate (Restricted/Unrestricted), **SVR/SVU** सर्वेक्षक (सीमित/असीमित) Surveyor's (Restricted/Unrestricted), **FR/FU-** फोरमैन (सीमित/असीमित), Foreman (Restricted/Unrestricted) **MR/MU-** मेट (सीमित/असीमित) Mate (Restricted/Unrestricted), **MRS/MUS** – मेट (सीमित/असीमित) एवं सर्वेयर प्रमाण पत्र Mate (Restricted/Unrestricted) and Surveyor's Certificate. (For item No. 1, 2 & 16)
3. विगत वर्ष का आई.डी. न., रोल न. व वर्ष: विगत परीक्षा का आई.डी. न., रोल न. व वर्ष लिखें ... Prev. Yr's ID No., Roll No. & Year: Write your Identity No., Roll No. and Year of the exam appeared in previous year. (For item No. 2A)
4. सेकेन्डरी स्कूल/सीनियर सेकेन्डरी स्कूल प्रमाण पत्र संख्या : माध्यमिक विद्यालय या समतुल्य परीक्षा प्रमाण पत्र की संख्या लिखें । Sr SSC/SSC No: Write number of your Senior Secondary/Secondary School Certificate or equivalent Certificate. (For item No. 6)
5. तिथि: माध्यमिक विद्यालय परीक्षा प्रमाण पत्र की तिथि लिखें । Date: Give date of SSC certificate. (For item No. 7)
6. बोर्ड: बोर्ड या समतुल्य परीक्षा प्रमाण पत्र प्राप्त करने वाले संस्थान का नाम लिखें । Board: Give the name of the Board/ Institution from where you have obtained SSC Certificate. (For item No. 8)
7. प्रमाण पत्र तिथि: उपचार प्रमाण पत्र की वैधता कम-से-कम परीक्षा की निर्धारित तिथि तक होनी चाहिए । FAC DT. The validity of First Aid Certificate (FAC) should extend to a date, which is not earlier than the date of exam. (For item No. 11)
8. क्वालिफिकेशन कोड: डिग्रीधारी "DEG" तथा डिप्लोमाधारी "DIP" और फील्ड आवेदक "F" लिखें । Qif. Code: Give 'DEG' for degree holders, 'DIP' for diploma certificate in mining and mine surveying or 'F' for field candidates. (For item No. 12)
9. क्वालिफिकेशन प्रमाण पत्र सं.: अपने शैक्षणिक योग्यता जैसे डिग्री, डिप्लोमा आदि प्रमाण पत्रों की संख्या लिखें । Qualification certificate No: Write certificate number of your academic qualification certificate such as degree, diploma etc. (For item No. 13)
10. प्रमाण पत्र तिथि : उपरोक्त शैक्षणिक प्रमाण पत्र की तिथि लिखें । Certificate Date: Give date of above qualification certificate. (For item No. 14)
11. उत्तीर्ण तिथि: डिग्री/डिप्लोमा प्रमाण पत्र का परीक्षाफल घोषित होने की तिथि लिखें । Date of passing: Give date of declaration of result of degree/diploma certificate. (For item No. 15)
12. वैधानिक प्रमाण पत्र संख्या : वैधानिक प्रमाण पत्र की संख्या लिखें । St. Certificate No: Give your statutory certificate No. (for item No. 17)
13. परीक्षा शुल्क के रूप में डी.जी.एम.एस. के नाम देय ₹ 100/-/₹ 75/- क्रमशः प्रथम श्रेणी एवं द्वितीय श्रेणी प्रबंधक तथा ₹ 50/- सर्वेयर एवं फोरमैन के लिए बैंक ड्राफ्ट/भारतीय पोस्टल ऑर्डर आवेदन प्रपत्र भरने की तिथि से एक सप्ताह से अधिक पहले का नहीं होना चाहिए । पोस्टल ऑर्डर की संख्या का एक से अधिक होने पर उसका विवरण अलग संलग्न करें । The Bank draft/IPO for ₹ 100/- for First Class Manager's, ₹ 75/- for Second Class Manager's and ₹ 50/- for Surveyor's/Foreman's Certificate of Competency Examination, payable to DGMS as fees should be obtained not more than one week before filling up of your application form. If more than one IPO is enclosed, then the details may be given in a separate sheet. (For item No. 19)
14. पूर्व परीक्षा में उत्तीर्ण हुए विषयों तथा परीक्षा वर्ष का स्पष्ट उल्लेख करें, जैसे यदि आप वर्ष 1993 में लेजिस्लेशन पत्र में उत्तीर्ण हुए हों तो L93 लिखें । Clearly mention the year and subjects you have passed in earlier examination of the same types such as L 93 if you have passed Legislation paper in the year 1993. (For item No. 22)
15. वैधानिक अनुभव: संबद्ध वैधानिक प्रमाण पत्र प्राप्त होने के बाद का वैधानिक अनुभव । Stat. experience: Give statutory experience after obtaining relevant statutory certificate (For item No. 24)
16. केन्द्र कोड: निम्नलिखित केन्द्र संकेत का व्यवहार करें । Centre Code: Use this centre code HYD हैदराबाद Hyderabad, STR सीतारामपुर, Sitarampur AJM- अजमेर, Ajmer 16a. केन्द्र कोड (फोरमैन परीक्षा के लिए) Centre code (for Foreman's Exam only): Use this centre code- DHN- धनबाद, HYD - हैदराबाद Hyderabad, NGP- नागपुर, Nagpur, STR - सीतारामपुर, Sitarampur, AJM - अजमेर, Ajmer, BHN - भुवनेश्वर, Bhubneshwar (For item no.28)
- 16.b भाषा कोड: निम्नलिखित कोड का व्यवहार करें (फोरमैन परीक्षा के लिए) Language Code-use the following code (For Foreman exam only) EN - अंग्रेजी English, HN - हिन्दी Hindi, BN - बंगाली Bengali, OR - उड़िया Oriya, GU - गुजराती Gujarati, UR - उर्दु Urdu, MR - मराठी Marathi, TM - तमिल Tamil, TL - तेलगु Telugu, ML - मलयालम Malayalam, KN - कन्नड़ Kannada. (For item No. 30)
17. अनुभव एवं सेवा का विस्तृत विवरण: विवरण के संबंध में खान प्रकार यथा पोखरिया, भूमिगत अथवा अन्य अनुभव जैसे बचाव, अनुसंधान, योजना, अध्यापन आदि का स्पष्ट उल्लेख करें । Details of Experience & Service: Regarding details of experience, clearly mention the type of mines like opencast, underground or other experience like Rescue, Research, Planning and teaching etc. (For item No. 33)
18. आवेदन प्रपत्र में निर्दिष्ट स्थान पर अपना हाल का खींचा गया फोटो अभिप्रमाणित करा कर चिपकाएं । Affix copy of your recent attested photograph at the space provided in the application form. आवेदन प्रपत्र के साथ अपने हाल में खींचे गये फोटो की चार अभिप्रमाणित प्रतियों को खास तौर से एक लिफाफे में भरकर संलग्न करें । फोटो के सामने प्रार्थी का नाम लिखा होना चाहिए । Application form should be accompanied by four attested copies of your recent photographs, with the name of the candidate written on the front side, enclosed in an envelope specified for the photographs.
20. आवेदक प्रपत्र के साथ 22 से.मी. x 20 से.मी. आकार के दो स्वपता अंकित लिफाफे डाक टिकट लगा हुआ (प्रत्येक ₹ 25/-) भी संलग्न करें । Two Self addressed stamped (₹ 25/-each) envelopes should also be sent along with the application form (size 22 c.m. x 10 c.m.).
21. गलत सूचना अथवा फर्जी कागजातों को जमा करने वाले अभ्यर्थी खान अधिनियम 1952 के प्रावधानों के तहत दण्ड के भागी होंगे । Candidates furnishing false information or forged documents shall be liable for punishment as provided under the provision of The Mines Act, 1952.
22. अभ्यर्थी को धात्विकीय खान विनियम 1961 के अधीन बने परीक्षा उपनियमों के अनुरूप लिखित परीक्षा के लिए निर्धारित आचार नियमों का पालन करना होगा । Candidates shall abide by the rules governing the conduct of written examination as provided in the examination bye-laws made under the provisions of Metalliferous Mines Regulations, 1961.
23. आवेदन प्रपत्र के साथ अपने सभी कागजातों को इस तरह से नत्थी करें कि कोई कागजात खुलकर विलग न हो । Tie up all your documents with application form surely to avoid any inadvertent detachment of your documents.
24. चरित्र, स्वास्थ्य तथा अनुभव प्रमाण पत्रों जिनकी केवल मूल प्रतियाँ संलग्न करना है, को छोड़कर अन्य सभी प्रमाण पत्रों/कागजातों की अभिप्रमाणित प्रतियाँ आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें । Attested photocopies of all certificates/documents except character, medical and experience certificates which are accepted in original only, should be sent along with the application form.

**25.**सभी अपेक्षित प्रमाण पत्रों, कागजातों के साथ आवेदन प्रपत्र सचिव, खनन परीक्षा बोर्ड, खान सुरक्षा महानिदेशालय, धनबाद – 826001 (झारखण्ड) के नाम केवल पंजीकृत डाक से ही इतने समय के अंतर से भेजे कि आवेदन पत्र दिनांक 27/11/2017 (5pm) तक पहुंच जाये । Application form along with all required certificates/documents should be sent to the Director of Mines Safety(Exam) & Secretary, Board of Mining Examinations, Directorate General of Mines Safety, Dhanbad-826 001(Jharkhand) **by registered post only so as to reach on or before 27.11.2017 (5 pm).**