



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत
सरकार)
EMPLOYEES' STATE
INSURANCE CORPORATION
(Ministry of Labour &
Employment, Govt. of India)



पंचदीप भवन, सर्वोदय नगर, कानपुर-
208005
Panchdeep Bhawan, Sarvodaya
Nagar, Kanpur-208005
Phone: 0512-2217957 Email:
rd-up@esic.nic.in
Website: www.esic.nic.in/
www.esic.in

पत्रांक: का/कोष/प्रशा.कार्य/2020(पत्रा)

दिनांक: 19.12.2025

सूचना/Notice

ईएसआईसी कर्मचारियों/पेंशनभोगियों और उनके आश्रितों के लिए अधिकृत चिकित्सा परिचारकों (AMA) की वर्ष 2026 के लिए नियुक्त करने के संबंध में।

Regarding appointment of Authorised Medical Attendant for ESIC employees/pensioners and their dependents for the year 2026.

कानपुर नगर (उत्तर प्रदेश) में रहने वाले ईएसआईसी कर्मचारियों/पेंशनभोगियों और उनके आश्रितों के लिए 01.01.2026 से 31.12.2026 की अवधि के लिए अधिकृत चिकित्सा परिचारकों (AMA) की नियुक्ति हेतु आवेदन आमंत्रित किए जाते हैं। एलोपैथी, आयुर्वेद एवम होम्योपैथी चिकित्सक निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ अपना आवेदन भेज सकते हैं :-

Applications are Invited for appointment of Authorised Medical Attendants(A.M.A.) for the period 01.01.2026 to 31.12.2026 for ESIC Employees/Pensioner's and their Dependents, residing in Kanpur Nagar (U.P.). Homeopathy, Allopathy & Ayurveda practitioners may send their application along with the following documents:-

(i) लेटर हेड पर अनुरोध पत्र।

(ii) फोटो सहित विधिवत भरा हुआ सत्यापन फॉर्म।

(iii) एमसीआई पंजीकरण प्रमाण पत्र, स्नातक और स्नातकोत्तर प्रमाण पत्र की प्रतियां।

- Request letter on letter head.
- Duly filled a Verification form with photographs.
- Copies of MCI Registration, Certificate, Graduation and Post Graduation certificates.

सभी प्रकार से पूर्ण आवेदन पत्र 26.12.2025 तक <arunkum@esic.gov.in> पर ईमेल करें।

The Application filled completely in all respects should be sent at email id

<shraddha.verma@esic.nic.in>, <arunkum@esic.nic.in>, by 26.12.2025,

भवदीया,

श्रद्धा वर्मा
12/12/25

(श्रद्धा वर्मा)
शाखाधिकारी (रोकड़)

APPLICATION FOR APPOINTMENT AS AUTHORIZED MEDICAL ATTENDANT

1. CATEGORY 1) ALLOPATHY/ AYURVEDIC/ HOMEOPATHY (Please
Encircle)

(Please Encircle)

2) GENERAL PHYSICIAN/ POST- GRADUATE

2. YEAR OF APPLYING _____

3. NAME :

4. FATHER'S / HUSBAND'S NAME:

5. QUALIFICATION :

6. REGISTRATION NO :

7. DATE OF REGISTRATION :

8. EXPERIENCE :

9. WHETHER OWNING NURSING : Yes/No

10. ADDRESS:

A) CLINIC :

B) RESIDENCE :

11. TELEPHONE NO :

12. ANY OTHER INFORMATION :

13. SIGNATURE

14. DATE OF SUBMISSION:

Documents.

1. Photocopy of MBBS/BAMS etc. Certificate
2. Photocopy of MCI registration Certificate for graduation
3. Photocopy of MBBS/BAMS etc. Certificate
4. Photocopy of MCI registration Certificate for Post -graduation(If applicable)
5. One passport size photo.