

डिप्लोमा फार्मसी (होम्योपैथी) / योगा / नेचुरोपैथी पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु आवेदन का प्रारूप

प्रति,

श्रीमान् प्रधानाचार्य एवं सी.ई.ओ. महोदय,
शासकीय स्वशासी होम्योपैथी चिकित्सा महाविद्यालय
एवं चिकित्सालय, आयुष परिसर, कलियासोत डेम के किनारे
मैनिट हिल्स, भोपाल-462003 ।

सब: प्रमाणित
नवीन फोटो

विषय:- में डिप्लोमा में प्रवेश हेतु आवेदन पत्र ।
संदर्भ:- विज्ञापन क्रमांक दिनांक

1. आवेदक का पूरा नाम
2. आवेदक के माता का नाम
3. आवेदक के पिता/पति का नाम
4. प्रवर्ग (अनारक्षित/अ0ज0जा0/अ0जा/अपिव:
5. संवर्ग (दिव्यांग/महिला)
6. शैक्षणिक अर्हता का विवरण :-

| क्र0 | अर्हता | उत्तीर्ण वर्ष | विश्वविद्यालय/बोर्ड का नाम | प्राप्तांक/पूर्णांक | प्रतिशत |
|------|----------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------|---------|
| 1. | 10 वीं | | | | |
| 2. | 12 वीं | | | | |
| 3. | स्नातक | | | | |
| 4. | योग या नेचुरोपैथी में प्रमाणपत्र | | | | |

7. वर्तमान सम्पूर्ण पता पिनकोड सहित (मो0नं.) :
8. स्थाई सम्पूर्ण पता पिनकोड सहित मो0नं0
9. ई.मेल :
10. आवेदन के समय स्वप्रमाणित अधोलिखित अभिलेख प्रस्तुत करना अनिवार्य है :-
 1. 10+2 हाईस्कूल व हायर सेकेण्ड्री अंकसूची
 2. स्नातक व योग या नेचुरोपैथी प्रमाणपत्र की अंकसूची
 3. मध्यप्रदेश का मूल/स्थानीय निवासी या राज्य के बाहर का निवासी प्रमाणपत्र/स्वघोषित स्थानीय निवासी
 4. आरक्षित प्रवर्ग हेतु निर्धारित प्रारूप में स्थाई जाति प्रमाणपत्र व वित्तीय वर्ष 2019-20 का आय प्रमाणपत्र
 5. अंतिम संस्था में अध्ययनरत रहने का स्थानांतरण प्रमाणपत्र
 6. चरित्र प्रमाणपत्र
 7. माइग्रेशन प्रमाणपत्र व आधारकार्ड की प्रति ।

:: घोषणा पत्र ::

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा उपरोक्त दी गई जानकारी एवं संलग्न अभिलेख सही हैं यदि यह गलत पाये जाते हैं तो उसके लिये मैं स्वयं उत्तरदायी रहूँगा/रहूँगी ।

आवेदक के हस्ताक्षर एवं नाम

स्थान

दिनांक

प्रमाणित

REDMI NOTE 6 PRO
MIDUAL CAMERA