

सदस्यता फार्म

श्रीमान् अध्यक्ष/सचिव महोदय,

प्राईवेट फिजियोथैरेपी नर्सिंग एण्ड पैरामेडिकल इन्स्टीट्यूशन सोसाइटी ऑफ जयपुर,

जयपुर, राजस्थान।

महोदय,

हम/संस्था

प्राईवेट फिजियोथैरेपी नर्सिंग एण्ड पैरामेडिकल इन्स्टीट्यूशन सोसाइटी ऑफ जयपुर की वार्षिक सदस्यता लेने व पाठ्यक्रम में फैंडरेशन द्वारा अभ्यर्थी आवंटित करवाने हेतु अपनी सहमति देते हैं।

संस्था का विवरण निम्न प्रकार से है :-

1. संस्था का नाम :-
2. स्कूल व कॉलेज का नाम :-
3. पाठ्यक्रम का विवरण :-
4. पूर्ण पता :-
5. टेलीफोन नं०/फेक्स नं० :-
6. ई-मेल आई डी :-
7. निदेशक का नाम व पता :-
8. निदेशक के टेलीफोन नं०/मोबाईल नं० :-
9. आई.एन.सी. द्वारा अनुमोदित सीटों की संख्या :-
10. राजस्थान सरकार द्वारा निर्धारित सीटों की संख्या :-
11. प्रथम बार प्रशिक्षण प्रारम्भ करने का सत्र :-

में..... पिता का नाम उम्र.....
जाति..... निवासी..... अध्यक्ष / सचिव / निदेशक संस्था का नाम
..... पूर्ण पता
.....

(अ) संस्था को पाठ्यक्रम संचालन की मान्यता राजस्थान सरकार, राजस्थान नर्सिंग कौंसिल, भारतीय नर्सिंग कौंसिल व राजस्थान स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालय जयपुर द्वारा प्राप्त है।

(ब) यह कि संस्था समस्त नर्सिंग पाठ्यक्रमों में केवल एक ही फ़ैडरेशन में सदस्य रहेगी। दो फ़ैडरेशनों की सदस्यता होने पर संस्था की सदस्यता स्वतः ही निरस्त मानी जावेगी।

(स) यह कि संस्था समस्त नर्सिंग पाठ्यक्रम (जी.एन.एम./बी.एससी नर्सिंग/पोस्ट बेसिक बी.एससी नर्सिंग/एम.एससी नर्सिंग /बी.पी.टी.) में उक्त फ़ैडरेशन को छात्र आवंटित करने हेतु अपनी सहमति देती है।

(द) यह कि संस्था फ़ैडरेशन द्वारा निर्धारित दिशा निर्देशों की पालना करने के लिए वचनबद्ध रहेगी।

उपरोक्त वर्णित सभी तथ्य सही एवं सत्य है और मुझे मान्य है।

हस्ताक्षर

अध्यक्ष / सचिव / निदेशक

नाम / पता / पद

संलग्न :-

1. आई.एन.सी. द्वारा जारी अनापत्ति पत्र की प्रतिलिपि।
2. राजस्थान स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालय द्वारा जारी अनापत्ति पत्र की प्रतिलिपि।
3. राजस्थान नर्सिंग कौंसिल द्वारा जारी अनापत्ति पत्र की प्रतिलिपि।
4. राजस्थान सरकार द्वारा जारी अनापत्ति पत्र की प्रतिलिपि।