

-: आवश्यक सूचना :-

उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ द्वारा संचालित पैरामेडिकल डिप्लोमा पाठ्यक्रम प्रवेश प्रक्रिया सत्र 2024-25 के माध्यम से पं० राम प्रसाद बिस्मिल पैरामेडिकल इंस्टीट्यूट आटोनोमस स्टेट मेडिकल कॉलेज सोसाइटी, शाहजहाँपुर के विभिन्न पैरामेडिकल पाठ्यक्रम आवंटित छात्र-छात्राओं को सूचित किया जाता है कि सम्पूर्ण प्रवेश प्रक्रिया स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय, अजीजपुर जिगनेरा, शाहजहाँपुर में प्रशासनिक भवन के भूतल पर स्थित कार्यालय पैरामेडिकल में प्रत्येक कार्यदिवसों पर प्रातः 10:00 बजे से सांय 05:00 बजे तक सम्पन्न करायी जायेगी।

उक्त प्रवेश प्रक्रिया में प्रतिभाग करने हेतु अर्ह छात्र-छात्राओं हेतु आवश्यक दिशा निर्देश, शिक्षण अभिलेख एवं शैक्षणिक शुल्क का विवरण

1. उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा आवंटित पत्र।
2. उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी के पक्ष में देय सिक्क्योरिटी शुल्क रु० 5,000/- एवं सीट आवंटन लॉक किये जाने हेतु जमा किया गया शिक्षण शुल्क रु० 19,000/- की रसीद।
3. दो पासपोर्ट साइज फोटो (सफेद बैकग्राउंड में लिये गये)।
4. अभ्यर्थी का पहचान पत्र-आधार कार्ड।
5. हाई स्कूल अंक पत्र एवं प्रमाण पत्र।
6. इंटरमीडियट अंक पत्र एवं प्रमाण पत्र।
7. जाति प्रमाण पत्र (ओबीसी प्रमाण पत्र वर्तमान सत्र का ही का मान्य होगा)।
8. निवास प्रमाण पत्र।
9. आय प्रमाण पत्र (केवल EWS के माध्यम से प्रवेश प्राप्त किये जाने वाले छात्रों के लिये)।
10. रु० 10 के गैर न्यायायिक स्टॉप पेपर पर 02 शपथ पत्र (प्रारूप 1 व 2 संलग्नक)
11. क्रमांक 01 से 09 तक समस्त अभिलेखों की एक छाया प्रति स्वप्रमाणित।
12. 01 डाक पैड फोल्डर।
13. प्रवेश फार्म (संलग्नक)

नोट:-

1. उपरोक्त समस्त दस्तावेज मूल रूप से संस्थान में आपके शिक्षण प्रशिक्षण की पूर्ण अवधि के लिये जमा किये जायेगे।
2. उत्तर प्रदेश शासन, चिकित्सा शिक्षा अनुभाग-1 के पत्र संख्या- 303849/2023/ 71-1001(099)/610/2021 -Part-(1) लखनऊ: दिनांक 19 अप्रैल, 2023 (संलग्नक) के माध्यम से पैरामेडिकल डिप्लोमा पाठ्यक्रमों का शैक्षणिक शुल्क कुल रु० 43,000/- निर्धारित किया गया है। उक्त शासनादेश में दिये गये शुल्क में से उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी को छात्र-छात्राओं द्वारा जमा किये गये शुल्क को घटाते हुये शेष शुल्क संस्थान में जमा कराया जायेगा।

प्रधानाचार्य,

स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय,

शाहजहाँपुर

तददिनांक:

पत्रांक सं०:-प्रधानाचार्य कार्यालय/पैरामेडिकल/2024-25/

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित-

1. डीन, पं० राम प्रसाद बिस्मिल पैरामेडिकल इंस्टीट्यूट आटोनोमस स्टेट मेडिकल कॉलेज सोसाइटी, शाहजहाँपुर।
2. प्रभारी अधिकारी, कॉलेज वेबसाइट, स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय, शाहजहाँपुर को इस आशय से कि उक्त सूचना को संस्थान की अधिकृत वेबसाइट पर प्रदर्शित किये जाने हेतु।
3. गार्ड फाईल।

प्रधानाचार्य,

स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय,

शाहजहाँपुर

अभ्यर्थी द्वारा अपनी हस्तलिपि में फार्म भरा जाये

आवंटित डिप्लोमा पाठ्यक्रम का नाम:.....दिनांक:.....

पंजीकरण नं०.....रैंक.....

जति(पिछड़ा वर्ग/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/सामान्य/ई०डब्लू०एस०).....

नाम (हिन्दी में).....

(अंग्रेजी में) (Capital Letter).....

पिता का नाम.....

माता का नाम.....

जन्म तिथि..... उत्तर प्रदेश में निवास की अवधि (वर्षों में).....

एकल/विवाहित..... आधार कार्ड नं०-.....

पत्र व्यवहार का पता.....

.....फोन/मो० नं०.....

शैक्षिक अर्हता का विवरण

परीक्षा	उत्तीर्ण वर्ष	बोर्ड/विश्वविद्यालय का नाम	प्राप्तांक	प्रतिशत	श्रेणी
हाई स्कूल					
इण्टरमीडिएट			हिंदी		
			अंग्रेजी		
			फिजिक्स		
			कैमिस्ट्री		
			बायोलॉजी/गणित		
			कुल योग-		

नोट:-

1. जाति प्रमाण पत्र (मूल प्रति)(ओ०बी०सी० प्रमाण पत्र वर्तमान सत्र का ही वैद्यमाना जायेगा।
2. आय प्रमाण पत्र (केवल ई०डब्लू०एस० के लिये)।

अभिभावक के हस्ताक्षर

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर

अभिभावक मो० नं०.....

अभ्यर्थी की ई०मेल आई० डी०(कैप्टल लैटर).....

अभ्यर्थी का व्हाट्सएप मो० नं०.....

प्रारूप-1

शपथ पत्र

"मैं,पुत्र/पुत्री.....शपथपूर्वक घोषणा करता/करती हूँ कि मैं किसी अन्य संस्थान, विद्यालय एवं वि विद्यालय में प्रशिक्षण ग्रहण नहीं कर रहा/रही हूँ तथा मेरे प्रशिक्षण केन्द्र के प्रधानाचार्य/विभागाध्यक्ष द्वारा प्रशिक्षण एवं अनुशासन सम्बंधी जो भी नियम समय-समय पर पारित किये जायेंगे उनका मैं सम्मानपूर्वक पालन करूंगा/करूंगी तथा अच्छा आचरण बनाये रखकर कोई भी ऐसा कार्य नहीं करूंगा/करूंगी अथवा किसी ऐसे क्रिया-कलाप में भाग नहीं लूंगी/लूंगा, जिससे प्रशिक्षण के सुचारु रूप से संचालन में बाधा उत्पन्न हो। अनुशासन हेतु जो भी कार्यवाही प्रधानाचार्य/विभागाध्यक्ष नियमानुसार की जायेगी वह मुझे मान्य होगी।"

दिनांक-

शपथकर्ता के हस्ताक्षर

शपथकर्ता का नाम-

पुत्र/पुत्री-

पता-

मोबाईल नं०-

प्रारूप-2

शपथ पत्र

1. यह कि शपथ कर्तापुत्र/पुत्री.....
पं० राम प्रसाद बिस्मिल पैरामेडिकल इन्स्टीट्यूट, आटोनॉमस स्टेट मेडिकल कालेज
सोसाइटी, शाहजहाँपुर में डिप्लोमा.....
.....में प्रवेश प्राप्त कर रहा है।
2. यह कि शपथ कर्ता पं० राम प्रसाद बिस्मिल पैरामेडिकल इन्स्टीट्यूट, आटोनॉमस स्टेट
मेडिकल कालेज सोसाइटी, शाहजहाँपुर में आवास हेतु कोई आवेदन या दावा नहीं
करेंगा।
3. यह कि प्रार्थी/प्रार्थिनी स्वयं ही अपने आवास की व्यवस्था करेंगा।
4. यह कि प्रार्थी/प्रार्थिनी अपने निजी साधन से विद्यालय एवं चिकित्सालय में आवागमन
करेगा।
5. यह कि प्रार्थी/प्रार्थिनी विद्यालय एवं चिकित्सालय में आवागमन हेतु किसी भी प्रकार
के यात्रा भत्ता हेतु आवेदन नहीं करेगा।

शपथकर्ता के हस्ताक्षर

शपथकर्ता का नाम—

पुत्र/पुत्री—

पता—

मोबाईल नं०—

उत्तर प्रदेश शासन
चिकित्सा शिक्षा अनुभाग-1

संख्या- 303849/2023 / 71-1001(099)/610/2021-Part(1)

लखनऊ: दिनांक: 19 अप्रैल, 2023

कार्यालय-ज्ञाप

अधोहस्ताक्षरी को यह कहने का निदेश हुआ है अब तक निर्गत आदेशों को अवकमित करते हुये समस्त राजकीय मेडिकल कालेजों एवं पैरा मेडिकल कालेजों तथा स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालयों में संचालित/प्रस्तावित पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों के शुल्क का निर्धारण एतद्वारा निम्नवत किया जाता है-

क्र०स०	मद	पैरा मेडिकल (डिप्लोमा कोर्स) प्रथम वर्ष का शुल्क (रुपये में)	पैरा मेडिकल (डिप्लोमा कोर्स) द्वितीय वर्ष का शुल्क (रुपये में)	पैरा मेडिकल (डिग्री कोर्स) प्रथम वर्ष का शुल्क (रुपये में)	पैरा मेडिकल (डिग्री कोर्स) द्वितीय/तृतीय वर्ष का शुल्क (रुपये में)
1	2	3	4	5	6
1	Enrolment fees	1000	-	1000	-
2	Application form Fee	-	-	100	-
3	Assessment fees	1500	1500	-	-
4	Tution fees	24000	24000	30000	30000
5	Other fees	4000	4000	-	-
6	Development fees	2000	2000	-	-
7	Admission Fees	2000	-	-	-
8	Caution Money (Refundable)	5000	-	10000	-
9	Sports Fees	1000	1000	-	-
10	Computer fees	1000	-	-	-
11	Library fees	1000	1000	-	-
12	Student welfare	500	-	-	-
	Total	43000	33500	41100	30000

2- पैरा मेडिकल पाठ्यक्रमों (डिप्लोमा/डिग्री) हेतु उपर्युक्तानुसार निर्धारित शुल्क में 10प्रतिशत की दर से वार्षिक वृद्धि अनुमन्य की जायेगी।

3- पैरा मेडिकल पाठ्यक्रमों से लिये गये उपर्युक्त शुल्क का उपयोग संबंधित कालेजों के प्रधानाचार्यों/निदेशक द्वारा निम्नवत मद में व्यय किया जायेगा-

क्रमांक	व्यय का मद
1.	गेस्ट फैंकल्टी के मानदेय का भुगतान।
2.	विश्वविद्यालय सम्बद्धता शुल्क।
3.	उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैंकल्टी नवीनीकरण/निरीक्षण शुल्क।
4.	एक्स्ट्रा करीकुलर एक्टिविटी।
5 -	छात्रों को क्लीनिकल प्रशिक्षण हेतु अनुबन्धित वाहन में आने वाले व्यय।
6-	विभाग के कन्टीजेन्सी व्यय के लिए प्रतिमाह रु० 10000/- अधिकतम रु० 1,00,000/- वार्षिक व्यय।

7-	प्रधानाचार्य/निदेशक, पैरा मेडिकल कालेज द्वारा अपरिहार्यता के दृष्टिगत किसी अन्य मद पर भी व्यय किया जा सकता है।
----	--

4- उपर्युक्त मदों में आने वाले व्यय का आंकलन कर महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण, उ०प्र० से पूर्वानुमति प्राप्त करने के उपरान्त ही प्रधानाचार्य/निदेशक द्वारा व्यय किया जायेगा। शेष धनराशि राजकोष में जमा किया जायेगा।

5- स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालयों द्वारा उपर्युक्त व्यवस्था को अंगीकृत किया जायेगा।

कृपया उपर्युक्तानुसार निर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित किया जाय।

Signed by आलोक कुमार

Date: 18-04-2023 16:08:43

Reas(आलोक कुमार)

प्रमुख सचिव।

संख्या-उपरोक्त तददिनांक।

प्रतिलिपि, निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु पेपित-

- 1- निजी सचिव, मा०मंत्री जी/मा०राज्य मंत्री जी, चिकित्सा शिक्षा विभाग, उ०प्र०।
- 2- महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा एवं प्रशिक्षण, उ०प्र० लखनऊ।
- 3- कुल सचिव, के०जी०एम०यू०, लखनऊ।
- 4- समस्त प्रधानाचार्य, राजकीय मेडिकल कालेज, उ०प्र०।
- 5- समस्त प्रधानाचार्य, स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय, उ०प्र०।
- 6- प्रधानाचार्य, कालेज आफ नर्सिंग, कानपुर।
- 7- निदेशक, राजकीय पैरा मेडिकल ट्रेनिंग कालेज, झांसी।
- 8- निदेशक, हृदय रोग संस्थान/जे०के० कैंसर संस्थान, लखनऊ।
- 9- सचिव, उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ।
- 10- समस्त वित्त नियंत्रक, राजकीय मेडिकल कालेज, उ०प्र०।
- 11- समस्त वित्त नियंत्रक, स्वशासी राज्य चिकित्सा महाविद्यालय, उ०प्र०।
- 12- चिकित्सा शिक्षा अनुभाग-2/3/4
- 13- गार्ड फाइल।

आज्ञा से

(एस०पी० सिंह)

उप सचिव।

संस्थान में शैक्षणिक शुल्क जमा किये हेतु बैंक खाते का विवरण

RTGS/NEFT/UPI Transfer Only/-

Bank Name	Branch Name	Branch Code	Account No.	Account Name	IFSC
State Bank of India	KNSB Shahjahanpur	4000	41174809132	Autonomous State Medical College Society Shahjahanpur	SBIN0004000