

प्रपत्र-I

नया पारा मेडिकल/पारा डेंटल प्रशिक्षण संस्थान स्थापित  
करने की अनुमति हेतु आवेदन पत्र ।

1. आवेदक का नाम:-

2. पूरा पता:-

- (i) पता:-  
(ii) दूरभाष संख्या/फैक्स संख्या (एस0टी0डी0 कोड सहित):-

3. कोर्स संचालन करने वाले संस्थान की स्थिति(स्टेटस):-

- (i) राज्य सरकार:-  
(ii) विश्वविद्यालय:-  
(iii) ट्रस्ट /सोसायटी:-  
(iv) निजी:-  
(v) अन्य:-

4. यदि राज्य सरकार के अलावे कोई अन्य संस्थान/शासी निकाय/समिति/विश्वविद्यालय आवेदक हो, तो:-

- (i) संस्थान का नाम एवं पत्राचार का पूरा पता:-  
(ii) पंजीयन संख्या(यदि लागू हो):-  
(iii) पिन कोड:-  
(iv) दूरभाष संख्या/फैक्स संख्या (एस0टी0डी0 कोड सहित):-

5. पारा मेडिकल/पारा डेंटल प्रशिक्षण संस्थान को उपलब्ध भूमि का विवरण:-

- (i) ग्राम/वार्ड जहाँ भूमि अवस्थित है:-  
(ii) भूखण्ड का विवरण:- खाता संख्या, खेसरा संख्या, क्षेत्रफल(एकड़ में) चौहददी ।



186

- 2 -

- (iii) यदि उपलब्ध भूमि दो भू-खण्ड में हो तो दोनों भूखण्डों के बीच की दूरी (मीटर में) (दो भू-खण्डों के बीच की दूरी 500 मी० से अधिक नहीं होनी चाहिए) ।
- (iv) लगान रसीद:—(अद्यतन लगान रसीद संलग्न करें) ।

6. भूमि संस्थान के नाम से निबन्धित है या लीज पर है (निबंधन एवं लीज से संबंधित दस्तावेज संलग्न करें):—

- (i) संस्थान के नाम से भूमि/लीज का निबंधन संख्या एवं तिथि (निबंधित दस्तावेज की प्रति संलग्न करें) ।
- (ii) आवागमन की सुविधा:—
- (iii) विद्युत आपूर्ति:—
- (iv) मल निष्कासन व्यवस्था:—
- (v) पारा मेडिकल/पारा डेंटल संस्थान का मास्टर प्लान:—

7. भवन:—

(क) प्रशासनिक क्षेत्र

मानक (वर्ग मीटर में)	उपलब्ध क्षेत्र
-------------------------	----------------

- (i) प्राचार्य कक्ष:—
- (ii) प्रधान कार्यालय:—
- (iii) गोपनीय क्षेत्र:—

(ख) प्रशिक्षण क्षेत्र:—

- (i) व्याख्यान कक्ष:—
- (क) 30 छात्रों के लिए:—
- (ख) 60 छात्रों के लिए:—
- (प्रत्येक दो कोर्स पर कम-से-कम एक व्याख्यान कक्ष होना चाहिए)

- (ii) ट्यूटोरियल कक्ष:—
- (प्रत्येक दो कोर्स पर कम-से-कम एक ट्यूटोरियल कक्ष हो)

- (iii) प्रयोगशाला कक्ष:—
- (विषयवार)

- (क)
- (ख)
- (ग)
- (घ)
- (ङ)



करने वाले संस्थानों द्वारा निम्न प्रकार विषयवार/विभागवार संकाय की स्थिति मरी जायेगी)

(क) शैक्षणिक स्टाफ की विस्तृत सूची:-

(i) प्राचार्य का नाम पदनाम जन्म तिथि शैक्षणिक योग्यता एवं अनुभव

(ख) प्रत्येक कोर्स के लिए विभागाध्यक्ष, व्याख्याता तथा डिप्टी-डिप्टी का नाम, उनकी जन्मतिथि, शैक्षणिक योग्यता एवं शैक्षणिक अनुभव का उल्लेख किया जाय।

(ग) गैर शैक्षणिक कर्मचारी:- (सभी कर्मचारियों का नाम, पदनाम, जन्मतिथि एवं शैक्षणिक योग्यता का विवरण संलग्न करें)

12. विषयवार/विभागवार मशीन/उपकरण की सूची:-

(i)

(ii)

(iii)

13. नियम 5 के अन्तर्गत देय राशि हेतु बैंक ड्राफ्ट का विवरण:-

(i) बैंक ड्राफ्ट संख्या एवं तिथि:-

(ii) राशि:-

(iii) बैंक का नाम:-

नोट:-

बैंक ड्राफ्ट का अर्थकारी निदेशक "आरखण्ड राज्य पारा मेडिकल काउन्सिल" के पदनाम से रांची में भुगतये होगा।

स्थान:-

आवेदक का हस्ताक्षर

तिथि:-

पूरा नाम:-

पद नाम:-



185

करने वाले संस्थानों द्वारा - 3 -

(ग) पुस्तकालय भवन:-

(घ) आवासीय क्षेत्र:-

(i) प्राचार्य आवास:-

(ii) छात्रावास:-

(क) छात्रों के लिए शय्या क्षमता:-

(ख) छात्राओं के लिए शय्या क्षमता:-

(ड.) रम्यता क्षेत्र:-

(i) छात्रों के लिए कॉमन रूम:-

(ii) छात्राओं के लिए कॉमन रूम:-

(iii) मण्डार:-

(iv) म्यूजियम:-

(च) सण्डास ब्लॉक:-

(i) शौचालय की संख्या एवं विवरण:-

8. प्रस्तावित कोर्स का नाम:

कोर्स का नाम

प्रारंभ करने का वर्ष

(i)

(ii)

(iii)

(iv)

9. विभिन्न पारा मेडिकल/पारा डेंटल कोर्स में नामांकन हेतु प्रति वर्ष नामांकन क्षमता(किसी भी कोर्स में अधिकतम संख्या 60 से अधिक नहीं)

(i)

(ii)

(iii)

(iv)

10. पुस्तकालय में पुस्तकें:-

पुस्तकों की संख्या:-

(सभी पुस्तकों में शुरु से अन्त के बीच कम-से-कम चार पृष्ठों पर पुस्तकालय की मुहर होनी चाहिए)

11. संकाय(फैकल्टी)

(पारा मेडिकल/पारा डेंटल डिप्लोमा/सर्टिफिकेट कोर्स में प्रशिक्षण प्रदान



संलग्नकों की सूची:-

1. उपविधि/विज्ञप्ति एवं एसोसिएशन के नियम/न्यास दस्तावेजों की सत्यापित प्रति ।

---

2. पंजीयन/संस्थापन के प्रमाण-पत्रों की सत्यापित प्रति ।
3. विगत तीन वर्षों के वार्षिक अंकेक्षण प्रतिवेदन तथा लेखा ।

---

4. कुल उपलब्ध भूमि का स्वामित्व के प्रमाण के लिए आवश्यक दस्तावेज की सत्यापित प्रति ।

⑤ हास्पिटल स्वयं का धन नकसा सहित



152

## प्रपत्र-II

(देखें नियम-15)

अध्ययन का नया अथवा उच्चतर पाठ्यक्रम अथवा प्रशिक्षण खोलने की अनुमति के लिए आवेदन-पत्र ।

1. आवेदक का नाम:-
2. पूरा पता:-  
दूरभाष संख्या एवं फैक्स संख्या  
(एस0टी0डी0 कोड सहित)
3. आवेदक की स्थिति:-  
राज्य सरकार/विश्वविद्यालय/न्यास/बोर्ड/सोसायटी आदि
4. पंजीयन संख्या:-  
(यदि लागू हो)
5. सम्बद्ध विश्वविद्यालय का नाम:-
6. डिप्लोमा/सर्टिफिकेट/डिग्री पाठ्यक्रम  
के लिए प्रथम बैच के प्रवेश का वर्ष:-
7. पूर्व में अनुमोदित सीटों की संख्या:-  
विद्यमान स्नातक/डिप्लोमा/सर्टिफिकेट
8. राज्य सरकार द्वारा पाठ्यक्रम के लिए मान्यता की तिथि:-
9. प्रस्तावित नया अथवा उच्चतर अध्ययन पाठ्यक्रम का नाम:-
10. प्रत्येक पाठ्यक्रम के लिए प्रस्तावित सीटों की संख्या:-
11. निम्न का पूर्ण विवरण दें:-  
(क) अतिरिक्त स्थान/उपकरण एवं अन्य संरचना सुविधा का प्रावधान  
(ख) अतिरिक्त स्टाफ की भर्ती का प्रावधान
12. अन्य संबंधित सूचना:-

स्थान:-

तिथि:-

आवेदक का हस्ताक्षर

पूरा नाम:-

पद नाम:-



(181) (1)

**प्रपत्र-III**  
**(देखें नियम-15)**

**प्रवेश क्षमता बढ़ाने के लिए आवेदन पत्र**

1. आवेदक का नाम:-
2. पूरा पता पिन संख्या के साथ:-  
दूरभाष संख्या एवं फ़ैक्स संख्या  
(एस0टी0डी0 कोड सहित)
3. आवेदक की स्थिति:-  
राज्य सरकार/विश्वविद्यालय/न्यास/बोर्ड/सोसायटी आदि
4. पंजीयन संख्या:-  
(यदि लागू हो)
5. पूर्व में अनुमोदित सीटों की संख्या और  
राज्य सरकार द्वारा मान्यता की तिथि:-
6. प्रत्येक विषय/पाठ्यक्रम के लिए प्रस्तावित सीटों की संख्या:-
7. निम्न का पूर्ण विवरण दें:-  
(क) अतिरिक्त स्थान/उपकरण एवं अन्य संरचना सुविधा का प्रावधान  
(ख) अतिरिक्त स्टाफ की भर्ती का प्रावधान
8. अन्य सम्बन्धित सूचना ।

स्थान:-

तिथि:-

आवेदक का हस्ताक्षर  
पूरा नाम:-  
पद नाम:-