

छत्तीसगढ़ नर्सिंग रजिस्ट्रेशन काउन्सिल  
पुराना नर्सिंग हॉस्टल, संचालनालय चिकित्सा शिक्षा  
रायपुर, छत्तीसगढ़



क्रमांक/रजि० नर्सिंग कां०/प्रोजे./2020/...../1771

रायपुर, दिनांक 24/08 /2020

प्रति,

समस्त प्राचार्य,  
शासकीय/निजी नर्सिंग महाविद्यालय  
बी.एस.सी. नर्सिंग/पो. बेसिक बी.एस.सी. नर्सिंग/  
एम.एस.सी. नर्सिंग/डी.पी.एन.  
छत्तीसगढ़

विषय :- सत्र 2020-21 के अस्थायी संबद्धता/मान्यता के संबंध में।

छ.ग. नर्सिंग रजिस्ट्रेशन काउन्सिल, रायपुर द्वारा वर्ष 2020-21 की अस्थायी संबद्धता/मान्यता हेतु बी.एस.सी. नर्सिंग/पोस्ट बेसिक बी.एस.सी. नर्सिंग/एम.एस.सी. नर्सिंग/डी.पी.एन. नर्सिंग संस्थाओं को 100/- रु. के स्टॉम्प पेपर में शपथ पत्र (संलग्न-प्रारूप) के साथ इस कार्यालय में आवश्यक रूप से दिनांक 31/08/2020 में अधोहस्ताक्षरकर्ता के समक्ष प्रस्तुत करें ताकि अग्रिम कार्यवाही की जा सके।

संलग्न :- उपरोक्तानुसार

(अध्यक्ष, छ.ग. नर्सिंग रजिस्ट्रेशन काउन्सिल द्वारा अनुमोदित)

  
रजिस्ट्रार

छ.ग. नर्सिंग रजि. काउन्सिल  
रायपुर, छत्तीसगढ़

क्रमांक/रजि० नर्सिंग कां०/प्रोजे./2020/.....

रायपुर, दिनांक ...../...../2020

प्रतिलिपि:-

1. अध्यक्ष, छ.ग. नर्सिंग रजिस्ट्रेशन काउन्सिल सह संचालक चिकित्सा शिक्षा, पुराना नर्सिंग हॉस्टल, डी.के.एस. परिसर रायपुर को सूचनार्थ प्रेषित।
2. कार्यालयीन प्रति।

  
रजिस्ट्रार

छ.ग. नर्सिंग रजि. काउन्सिल  
रायपुर, छत्तीसगढ़

// शपथ-पत्र का प्रारूप //

प्राचार्य का  
सत्यापित  
फोटोग्राफ

मैं ..... आत्मज..... उम्र ..... निवासी  
..... यह शपथ पूर्वक घोषणा करता हूं/करती हूं कि मेरे द्वारा  
महाविद्यालय का नाम ..... का जिसमें बी.एस.सी.  
नर्सिंग/एम.एस.सी. नर्सिंग/पोस्ट बेसिक बी.एस.सी. नर्सिंग/डिप्लोमा इन साइकेट्रिक नर्सिंग  
पाठ्यक्रम ..... सीट प्रवेश क्षमता के साथ संचालित है। उक्त संचालित संस्था में भारतीय  
उपचर्या परिषद् के निर्धारित मापदण्ड अनुरूप अधोसंरचना (महाविद्यालय व छात्रावास भवन) स्वयं  
की भूमि, शैक्षणिक स्टॉफ, प्रयोगशाला व प्रायोगिक उपकरण, ग्रंथालय में उपलब्ध पुस्तकें एवं  
विद्यार्थियों के क्लीनिकल एवं व्यावहारिक प्रशिक्षण हेतु संबद्ध चिकित्सालय उपलब्ध है। मेरे द्वारा  
वर्ष 2020-21 की संबद्धता/मान्यता के लिए काउंसिल को जमा किये गये समस्त दस्तावेज एवं  
जानकारी पूर्णतः सत्य है। मेरे द्वारा दी गयी जानकारी का नर्सिंग काउंसिल द्वारा औचक भौतिक  
सत्यापन किया जा सकता है। इस संबंध में छ.ग. नर्सिंग काउंसिल का अंतिम निर्णय हमारी  
संस्था को मान्य होगा।

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर गवाह –

शपथ कर्ता संस्था प्राचार्य का नाम

1/ नाम व पता आधार नंबर सहित

आधार नंबर.....

मो. नं.

पता .....

2/ नाम व पता आधार नंबर सहित