

छ0ग0 नर्सस रजिस्ट्रेशन काउन्सिल, रायपुर  
बी.एस.सी. नर्सिंग / एम.एस.सी.नर्सिंग / पोस्ट बेसिक बी.एस.सी. नर्सिंग / जी.एन.एम. / डी.पी.एन. नर्सिंग  
निरीक्षण प्रतिवेदन फार्म



सत्र.....  
निरीक्षण तिथि.....

FORM-A  
(To be filled by concerned college)

महाविद्यालय का सामान्य जानकारी

1. संस्था का नाम एवं पता—  
.....  
.....  
.....
2. महाविद्यालय का नाम पता एवं ई-मेल —  
.....  
.....  
.....
3. फोन नं./फैक्स नं.  
.....
4. संस्था के अध्यक्ष का नाम पता एवं नाम.....  
मोबाइल नंबर  
पता.....  
.....  
मोबाइल नं.....

5. संस्था के अन्य पदाधिकारियों का नाम .....  
पद एवं मोबाइल नंबर .....  
1.....  
2.....  
3.....  
4.....  
5.....  
6.....  
7.....  
8.....  
9.....  
10.....

6. संस्था के संचालन समिति का नाम .....  
एवं पंजीयन क्रमांक .....
7. आई.एन.सी./शासन की अनापत्ति/  
आयुष वि.वि. की संबद्धता/  
छ.ग. नर्सिंग काउंसिल की अनुमति .....

## महाविद्यालय की सम्पति एवं भवन की जानकारी

नियामक ईकाई का मापदंड	महाविद्यालयों में उपलब्ध सुविधा	कमियाँ	निरीक्षण समिति द्वारा सत्यापित
<b>1. भूमि—</b>			
(1) कुल भूमि एकड़ में.      3 एकड़	:.....	:.....	:.....
(2) भूमि का खसरा नंबर	:.....	:.....	:.....
(3) भूमि स्थित गांव/शहर का नाम	:.....	:.....	:.....
2. महाविद्यालय भवन का क्षेत्रफल      23720 वर्गफीट	:.....	:.....	:.....
3. महाविद्यालय में कुल कमरों की संख्या	:.....	:.....	:.....
4. महाविद्यालया में प्रत्येक कमरों का क्षेत्रफल      1080 वर्गफीट	:.....	:.....	:.....
5. महाविद्यालय भवन स्वयं का/किराया का या अन्य प्रकार का/किराया का भवन होने की स्थिति में INC द्वारा निर्धारित दण्ड का भुगतान किया गया या नहीं।	:.....	:.....	:.....

नियामक ईकाई का मापदंड	महाविद्यालयों में उपलब्ध सुविधा	कमियाँ	निरीक्षण समिति द्वारा सत्यापित
6. महाविद्यालय में अन्य सुविधा	:.....	:.....	:.....
1. खेल का मैदान (छात्र संख्या संपूर्ण संचालित कोर्स के अनुरूप)	:.....	:.....	:.....
2. टॉयलेट (Male & Female)(छात्र संख्या संपूर्ण संचालित कोर्स के अनुरूप)	:.....	:.....	:.....
7. महाविद्यालय में संचालित पाठ्यक्रमों की जानकारी (सीट संख्या सहित)	:.....	:.....	:.....
8. महाविद्यालय भवन में कोई अन्य कॉलेज या स्कूल संचालित हो तो उसकी जानकारी	:.....	:.....	:.....
9. महाविद्यालय में प्रयोगशाला एवं उपकरणों की जानकारी	:.....	:.....	:.....
1. प्रयोगशाला	Fundamental of Nursing Lab, Nutrition Lab, Community Health Nursing Lab, Maternity & Child Health Nursing Anatomy & Physiology Lab, Computer Lab		
2. उपकरणों की जानकारी	:.....	:.....	:.....

## ग्रंथालय की जानकारी

नियामक ईकाई का मापदंड	महाविद्यालयों में उपलब्ध सुविधा	कमियाँ	निरीक्षण समिति द्वारा सत्यापित
1. ग्रंथपाल का नाम एवं मोबाईल नं.	:.....	:.....	:.....
2. ग्रंथपाल की योग्यता	:.....	:.....	:.....
3. ग्रंथपाल में उपलब्ध पुस्तकों की संख्या	4 वर्षों के लिए 3000पुस्तक :.....	:.....	:.....
4. ग्रंथालय में उपलब्ध पत्र /पत्रिकाओं की संख्या	:.....	:.....	:.....

## छात्रावास की जानकारी

1. छात्रावास	सिंगल रूम, डबल रूम, सेनेटरी, रीडिंग रूम, किचन एण्ड स्टोर, डायनिंग हॉल, विजिटर रूम	:.....	:.....
2. छात्रावास से महाविद्यालय की दूरी	15 – 30 किलोमीटर	:.....	:.....
3. छात्रावास का क्षेत्रफल	30750 वर्गफीट	:.....	:.....

## शैक्षणिक स्टाँफ की जानकारी

(For example for 40 students intake minimum number of teacher required is 17 including Principal. The Strength of tutors will be 10, and 6 will be as per Sr. No. 02 to 05)

S.N-	Designation	<b>(B.Sc. (N) Students Intake)</b>	
		40 –60	61–100
1	Professor cum Principal	1	1
2.	Professor cum vice-Principal	1	1
3.	Professor	0	1
4.	Associate Professor	2	4
5.	Assistant Professor	3	6
6.	Tutor	10-18	19–28

  

S.N-	Designation	<b>(P.B.B.Sc. (N) Students Intake)</b>	
		B.Sc.(N) 40–60	P.B.BSc.(N) 20–60
1	Professor cum Principal	1	0
2.	Professor cum vice-Principal	1	0
3.	Professor	0	0
4.	Associate Professor	2	0
5.	Assistant Professor	3	2
6.	Tutor	10-18	2–10

  

S.N-	Designation -	<b>(M.Sc. (N) Students Intake)</b>		
		B.Sc.(N) 40–60	P.B.BSc.(N) 20–60	M.Sc. (N) 10-25
1	Professor cum Principal	1	0	0
2.	Professor cum vice-Principal	1	0	0
3.	Professor	0	0	1
4.	Associate Professor	2	0	1
5.	Assistant Professor	3	2	3
6.	Tutor	10-18	2–10	

- 1:10 teacher student ratio for M.Sc. (N) if B.Sc. (N) is also offered by the institutions
- Candidate having 3 years experience after M.Sc.(N) only will be considered for M.Sc. (N) Programme.

S.N-	Designation - (Students Intake)	G.N.M. (20-60)	B.Sc.(N) 40-60	P.B.BSc.(N) 20-60	M.Sc. (N) 10-25
1.	Professor cum Principal	0	1	0	0
2.	Professor cum vice-Principal	0	1	0	0
3.	Professor	0	0	0	1
4.	Associate Professor	0	2	0	1
5.	Assistant Professor	0	3	2	3
6.	Tutor	6-18	10-18	2-10	

- 1:10 teacher student ratio for M.Sc. (N) if B.Sc. (N) is also offered by the institutions
- Candidate having 3 years experience after M.Sc.(N) only will be considered for M.Sc. (N) Programme.

1. प्राचार्य की नियुक्ति की प्रक्रिया	:	:	:
(अ) प्राचार्य का नाम	:	:	:
(ब) मोबाईल नं.	:	:	:
(द) योग्यता एवं अध्यापन अनुभव	:	:	:
2. उप-प्राचार्य की नियुक्ति की प्रक्रिया	:	:	:
(अ) उप-प्राचार्य का नाम	:	:	:
(ब) मोबाईल नं.	:	:	:
(स) नियुक्ति दिनांक	:	:	:
(द) योग्यता एवं अध्यापन अनुभव	:	:	:

नियामक ईकाई का मापदंड

महाविद्यालयों में उपलब्ध  
सुविधा

कमियाँ

निरीक्षण समिति द्वारा  
सत्यापित

3. प्राध्यापक की नियुक्ति प्रक्रिया	:	:	:
प्राध्यापक का नाम	:	:	:
मोबाईल नं., नियुक्ति	:	:	:
दिनांक, योग्यता एवं	:	:	:
अध्यापन अनुभव	:	:	:
1.	:	:	:
4. सह-प्राध्यापक की नियुक्ति प्रक्रिया	:	:	:
सह-प्राध्यापक का नाम	:	:	:
मोबाईल नं., नियुक्ति	:	:	:
दिनांक, योग्यता एवं अध्यापन अनुभव	:	:	:
1.	:	:	:
2.	:	:	:
5. सहा-प्राध्यापक की नियुक्ति प्रक्रिया	:	:	:
मोबाईल नं., नियुक्ति	:	:	:
दिनांक, योग्यता एवं	:	:	:
अध्यापन अनुभव	:	:	:
1.	:	:	:
2.	:	:	:
3.	:	:	:
4.	:	:	:



नियामक ईकाई का मापदंड	महाविद्यालयों में उपलब्ध सुविधा	कमियाँ	निरीक्षण समिति द्वारा सत्यापित
6. ट्यूटर की नियुक्ति प्रक्रिया	:.....	:.....	:.....
ट्यूटर का नाम, मोबाईल नं. नियुक्ति दिनांक, योग्यता एवं अध्यापन अनुभव	:.....	:.....	:.....
1.	:.....	:.....	:.....
2.	:.....	:.....	:.....
3.	:.....	:.....	:.....
4.	:.....	:.....	:.....
5.	:.....	:.....	:.....
7. वेतन की जानकारी / टी.डी.एस. / सैलरी स्लिप (विगत 3 माह)	:.....	:.....	:.....
8. शैक्षणिक स्टॉफ का NUID NO. By INC	:.....	:.....	:.....
9. बस सुविधा	:.....	:.....	:.....

## हॉस्पिटल की जानकारी

नियामक ईकाई का मापदंड	महाविद्यालयों में उपलब्ध सुविधा	कमियाँ	निरीक्षण समिति द्वारा सत्यापित
1. अनुमति प्राप्त अस्पताल छात्र मरीज प्रतिशत 1:3 नाम एवं पता (चालू वर्ष का अनुमति पत्र व शुल्क रसीद शासकीय चिकित्सालय से संबद्धता होने पर)	1.....	.....	.....
	2.....	.....	.....
	3.....	.....	.....
	4.....	.....	.....
2. अनुमति प्राप्त अस्पताल के मालिक का नाम एवं पता	1.....	.....	.....
	2.....	.....	.....
	3.....	.....	.....
	4.....	.....	.....
3. चालू सत्र का सी.एच.सी. व पी.एच.सी. की अनुमति एवं शुल्क रसीद (जीवन दीप समिति)	1.....	.....	.....
4. Census on the day of Inspection/ Previous Day	1.....	.....	.....
	2.....	.....	.....
5. महाविद्यालय से अस्पतालों की दूरी	1.....	.....	.....
	2.....	.....	.....
	3.....	.....	.....
	4.....	.....	.....

नियामक ईकाई का मापदंड

महाविद्यालयों में उपलब्ध सुविधा

कमियाँ

निरीक्षण समिति द्वारा सत्यापित

4. अस्पताल का पंजीयन क्रमांक, तिथि तथा पंजीयक संस्था का नाम

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

5. अनुमति प्राप्त अस्पताल के बिस्तरों की संख्या एवं उनका वर्गीकरण (अस्पताल के मालिक द्वारा प्रमाण पत्र)

बिस्तरों का वर्गीकरण (40 छात्रों के लिए)  
 मेडिकल – 30  
 सर्जिकल – 30  
 ओ.बी. जी.–30  
 पिडियाट्रिक्स–20  
 आर्थोपेडिक्स–10

1. यह अस्पताल..... बिस्तरों का पंजीकृत है, जिसमें मेडिसीन के....., सर्जरी के.....ओ.बी.जी. के.....पीडियाट्रिक्स..... आर्थोपेडिक के..... बिस्तर है।
2. यह अस्पताल..... बिस्तरों का पंजीकृत है, जिसमें मेडिसीन के....., सर्जरी के.....ओ.बी.जी. के.....पीडियाट्रिक्स..... आर्थोपेडिक के..... बिस्तर है।
- 3 यह अस्पताल..... बिस्तरों का पंजीकृत है, जिसमें मेडिसीन के....., सर्जरी के.....ओ.बी.जी. के....., पीडियाट्रिक्स....., आर्थोपेडिक के.....बिस्तर है।

	<p>4. यह अस्पताल.....          बिस्तरों का पंजीकृत है,          जिसमें मेडिसीन के.....          .सर्जरी के.....ओ.बी.          जी. के.....          पीडियाट्रिक्स.....आर्थोपेडिक          के.....बिस्तर है।</p>		
<p>6. अनुमति प्राप्त अस्पताल के          मालिक से शपथ पत्र प्राप्त          करें कि उक्त अस्पताल ने          किसी अन्य कॉलेज को तो          अनुमति नहीं दे रखा है यदि          वे अन्य कॉलेज को अनुमति          दिया है तो कॉलेज का नाम          एवं पता</p>			
<p>7. अस्पताल की अनुमति कब          से कब तक का है।</p>	<p>1.....</p>		
	<p>2.....</p>		
	<p>3.....</p>		
<p>8. स्वयं का अस्पताल कोई है          या नहीं</p>	<p>:.....</p>	<p>:.....</p>	<p>:.....</p>
<p>9. यदि नहीं है तो कब तक          बनाने की योजना है।</p>	<p>:.....</p>	<p>:.....</p>	<p>:.....</p>

## FORM-B

(To be filled by inspection committee)

महाविद्यालय संचालन के लिए विभिन्न उपलब्ध सुविधाओं की पर्याप्तता एवं अपर्याप्तता के संबंध में निरीक्षण समिति की अंतिम निरीक्षण प्रतिवेदन (Final Inspection Report)

संस्था का नाम.....निरीक्षण तिथि.....

	निरीक्षण समिति का टीप	निरीक्षण समिति का मत
1. अधोसंरचना (Infrastructure)	:.....	:.....
	:.....	:.....
	:.....	:.....
	:.....	:.....
2. प्रयोगशालायें (Laboratories)	:.....	:.....
	:.....	:.....
	:.....	:.....
	:.....	:.....
3. स्टाफ (Staff)	:.....	:.....
	:.....	:.....
	:.....	:.....

निरीक्षक का हस्ताक्षर 1..... 2..... 3.....

संस्था का नाम.....

4. हॉस्पिटल सुविधाएँ  
(Hospital Facilities)

:..... :.....  
:..... :.....  
:..... :.....  
:..... :.....

5. छात्रावास सुविधाएँ  
(Hostel Facilities)

:..... :.....  
:..... :.....  
:..... :.....  
:..... :.....

6. खेलकूद मैदान

:..... :.....

7. अन्य (Other Remarks) –  
विशेषज्ञों की टीप :-

:..... :.....  
:..... :.....  
:..... :.....

निरीक्षक का हस्ताक्षर 1..... 2..... 3.....

