



द्वारा स्वीड पोस्ट/ई-मेल

राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर

प्लॉट नं. 6, एवरेस्ट कॉलोनी, एपेक्स मॉल के पास, लाल कोठी, जयपुर।
Website : rajasthanparamedicalcouncil.org, Contact : 0141-2973804, 2988946

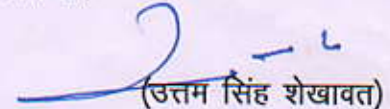
क्रमांक:पैरामेडि.कौ/मान्यता/2020/ 52

दिनांक 17/09/2020

आदेश :-

राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर की बैठक दिनांक 12.04.2019 में लिये गये निर्णयानुसार राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल द्वारा पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों के संचालन हेतु मान्यता प्राप्त महाविद्यालयों/संस्थाओं द्वारा नियमानुसार प्रतिवर्ष RS. 25000/- मान्यता शुल्क देय है। कौंसिल द्वारा मान्यता प्राप्त सभी महाविद्यालयों/संस्थाओं को निर्देशित किया जाता है कि वे निर्धारित साधारण मान्यता शुल्क दिनांक 01.10.2020 तक आवश्यक रूप से डी.डी. के रूप में कौंसिल में जमा करवाएँ। दिनांक 05.10.2020 से 09.10.2020 तक विलम्ब शुल्क 5000/- रूपयें प्रतिकोर्स के साथ जमा कराना होगा।

निकट भविष्य में नये शैक्षणिक सत्र के लिए प्रवेश प्रक्रिया प्रारम्भ की जा रही है। निर्धारित तिथि तक मान्यता शुल्क जमा नहीं करवाने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करते हुए उन्हें प्रवेश-प्रक्रिया व काउन्सिलिंग में शामिल नहीं किया जायेगा।


(उत्तम सिंह शेखावत)
रजिस्ट्रार

क्रमांक:पैरामेडि.कौ/मान्यता/2020/ 52

दिनांक 17/09/2020

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है:-

1. विशिष्ट सहायक, माननीय मंत्री, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, जयपुर।
2. विशिष्ट सहायक, माननीय राज्य मंत्री, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, जयपुर।
3. प्रमुख शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, जयपुर।
4. उप शासन सचिव, चिकित्सा एवं शिक्षा (ग्रुप-3) विभाग, जयपुर।
5. अध्यक्ष महोदय, राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर।
6. निजी सहायक, रजिस्ट्रार, राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर।
7. राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल से मान्यता प्राप्त समस्त पैरामेडिकल कॉलेजों/संस्थानों को भेजकर लेख है कि पत्र के साथ संलग्न प्रपत्र भी मान्यता शुल्क के साथ संलग्न कर भिजवावें।
8. प्रभारी सर्वर रूम को भेजकर लेख है कि उक्त आदेश आज ही वेबसाइट पर अलपोड करें।
9. रक्षित पत्रावली।


रजिस्ट्रार

To

The Registrar
Rajasthan Para medical council
Jaipur, Rajasthan

Subject:- Self declaration about infrastructure & facilities in the institution.

Reference:- Your letter number.....Dated.....

In reference to the above cited letter, hereby submit and declare as under :-

1. Date of the application
2. Name of the Institution
3. Name of the Chairperson/Secretary
4. Name of the society/Trust/Company
5. Complete address where para medical course will run.
6. Name of the Principal/Dean/HOD with qualification
7. Name of the course undertaken and allowed annual admission.

S. No.	Name of the Course	Number of Seats

8. Other courses running in the same premises.
9. Physical Facilities are available as per norms (please sign in Yes or No column only) :-

S.No.	Description	Area	Yes	No
1	Principal Office (1)			
2	Office Facilities			
3	Number of Class Rooms (2)			
4	Number of Labs (1)			
5	Library (1)			
6	Common facilities			
7	Transportation Facilities	Sufficient number of vehicles required as per sanctioned seats.		
8	Boys and Girls Hostel	Desirable		
9	Sports Facilities	Desirable		

[Type text]

This form is to be signed on each page.

[Type text]

10. Library Facilities are available as per norms (mention Yes or No).

11. Clinical Facilities are available as per norms (please sign in Yes or No column only) :-

S. No.	Particulars		
1.	Name of Own Hospital/Lab.		
2.	Proof of the Hospital/Lab being Own Hospital/Lab.		
3.	Beds distribution.		
4.	Pollution Control Board Certificate.		
5.	Clinical Establishment Registration.		
6.	Distance of institute from Hospital/Lab. in K.M.		
7.	Course-wise clinical facilities		
	Name of Course	Details of clinical facilities available.	facilities are as per Norms – Yes/No

12. Teaching Facilities available:-

S. No.	Name of the faculty	Qualification	Teaching Experience	Date of Joining	Part time/Full time

Teaching facilities is as per Norms

Yes	No
-----	----

13. Required Equipments as per norms are available – Yes/No (List to be enclosed.)

14. Video-graphy of required infrastructure facility to be enclosed (No. of CD enclosed -)

15. Any other information

Date :

Place :

Signature and Name
of Principal

[Type text]

This form is to be signed on each page.

[Type text]

DECLARATION

I..... S/o
having present residential address
..... am
the principal of college (with address)
.....
..... hereby declare that the statement and declaration furnished by the
institution, whose principal I am, are true to the best of my knowledge and belief
and that I am free from the disqualification mentioned in the Rajasthan Para-
medical Council Act, 2008, rules and regulations. I promise in the event of being
granted extension of recognition and in consideration thereof to be bound by and to
confirm in all respects to the rules, regulation etc. framed by Council from time to
time in force.

Place :

Date :

Seal & Signature of Principal

Note:-

1. Please attach Xerox-copy of photo id.
2. It is compulsory to give the declaration on Non-Judicial Stamp paper of 100/- Rupees.

