



द्वारा ई-मेल/डाक

राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर

सी-7(ए) सुल्तान हाउस सवाई जयसिंह हाईवे बनीपार्क जयपुर -302016

Website : rajasthanparamedicalcouncil.org, Contact : 0141-4004914

Email-id pmcrajasthangov.in@gmail.com.

क्रमांक: पैरामेडि.कौ./मान्यता (संबद्धता शुल्क)/2024/728

दिनांक 20/06/2024

सचिव/निदेशक/प्रधानाचार्य

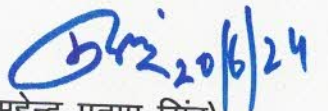
समस्त मान्यता प्राप्त निजी पैरामेडिकल संस्थान/महाविद्यालय
राजस्थान।

विषय :- मान्यता/संबद्धता शुल्क (Affiliation Fee) सत्र 2024-25 जमा करवाने के क्रम में।

राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर की बैठक दिनांक 28.02.2023 में लिये गये निर्णयानुसार राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल द्वारा डिप्लोमा पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों के संचालन हेतु मान्यता प्राप्त महाविद्यालयों/संस्थाओं द्वारा नियमानुसार प्रतिवर्ष प्रति कोर्स/पाठ्यक्रम 25 सीट हेतु राशि 50,000/- एवं 50 सीटो हेतु 1,00,000/- तथा इससे अधिक सीट होने पर सीटो की संख्या के अनुपातिक रूप में लिये जाने एवं निर्धारित अवधि में जमा नहीं कराये जाने पर 10,000/- रूपये शास्ति राशि देय होगी।

कौंसिल द्वारा मान्यता प्राप्त सभी निजी महाविद्यालयों/संस्थाओं को निर्देशित किया जाता है कि संलग्न शपथ पत्र में वर्णित शर्तों की पूर्ति कर शपथ पत्र प्रस्तुत किया जावे। शपथ पत्र प्रस्तुत करने वाले संस्थान ही निर्धारित वार्षिक मान्यता/संबद्धता शुल्क (Affiliation Fee) दिनांक 21.06.2024 से 01.07.2024 तक बिना विलम्ब शुल्क तथा दिनांक 05.07.2024 तक 10,000/- रूपयें (प्रति कोर्स) विलम्ब शुल्क सहित जमा कराना सुनिश्चित करें एवं संलग्न प्रपत्रों, एवं शपथ पत्र सहित सम्पूर्ण दस्तावेजात (यथा-संस्थान के स्वयं के शैक्षणिक भूमि-भवन एवं स्वयं के अस्पताल/प्रयोगशाला के दस्तावेजात) इसके साथ संस्थान में कार्यरत Teaching Faculty की लिस्ट एवं उनके संस्थान द्वारा दिये गये वेतन का प्रमाण स्वरूप दस्तावेजात इस कार्यालय में दिनांक 05.07.2024 को साय: 6:00 बजे तक हार्ड कॉपी एवं सॉफ्ट कॉपी जरिये रजिस्टर्ड डॉक से कार्यालय में भिजवाना सुनिश्चित करें।

शीघ्र ही शैक्षणिक सत्र 2024-25 के लिए प्रवेश प्रक्रिया प्रारम्भ की जा रही है। निर्धारित तिथि तक मान्यता शुल्क जमा नहीं करवाने एवं उपरोक्त दस्तावेजात मय शपथ पत्र प्रस्तुत नहीं करने वाली संस्थानों/महाविद्यालयों को सत्र 2024-25 की प्रवेश प्रक्रिया की काउन्सलिंग में शामिल नहीं किया जायेगा तथा संस्थान/महाविद्यालय की नियमानुसार मान्यता समाप्त किये जाने की कार्यवाही प्रारम्भ कर दी जावेगी, जिसकी पूर्ण जिम्मेदारी संस्थान संचालक की होगी।
संलग्न :- उपरोक्तानुसार।


(महेन्द्र प्रताप सिंह)

R.A.S.


रजिस्ट्रार

दिनांक

क्रमांक: पैरामेडि.कौ./मान्यता (संबद्धता शुल्क)/2024/

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

1. निजी सचिव अतिरिक्त मुख्य सचिव, महोदय चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, जयपुर।
2. संयुक्त शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य (ग्रुप-3) विभाग, जयपुर।
3. अध्यक्ष/उपाध्यक्ष महोदय, राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर।
4. लेखा/रोकड शाखा, राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर।
5. प्रभारी सर्वर रूम को भेजकर लेख है कि उक्त आदेश आज ही वेबसाईट पर अलपोड करें।
6. रक्षित पत्रावली।


रजिस्ट्रार

To,
The Registrar,
Rajasthan Para Medical Council,
Jaipur, Rajasthan.

Subject: - Institute/College Information Filled

Ref. :- Your letter no. Dated

In reference to the above sighted letter I have inspected the institution and my report is as under:-

1. Date of the inspection -
2. Name of the institution -
3. Name of the Chairperson/Secretary -
4. Name of the society/Trust/Company -
5. Complete address where paramedical course will run. -
6. Name of the Principal/Dean/HOD with qualification -
7. Name of the courses applied for and requested annual admissions.

S. No.	Name of the course	Number of seats
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

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			
2	Office facilities			
3	Number of class rooms			
4	Number of labs			
5	Library			
6	Common facilities			
7	Transportation facilities			
8	Boys and Girls hostel			
9	Sports facilities			

10. Library facilities are available as per norms (Mention Yes or No) -

Di

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

Sr. 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 -		
8	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
A separate proforma for filling the information of teaching faculty is enclosed.					

Teaching facility is as per norms.

Yes	No
-----	----

13. Required equipment's as per norms are available (Right only Yes or No) (Purchase bills of the equipment's should be verified by the inspector.)
14. Videography of required infrastructure facility done in my presence and video CD is enclosed.
15. Any other information.
(No recommendation to be given)

Signature and Name of
Principal/ Secretary

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 50/- Rupees

शपथ पत्र
(50 रूपये के नोन ज्यूडिशियल स्टाम्प पर)

मे.....पुत्रश्री.....आयु.....जाति.....
निवासी.....मोबाइल नं.....संस्थान.....
.....के पद पर कार्यरत हूँ एवं सशपथ बयान करता हु कि :-

1. यह है कि हमारी संस्थान.....को पैरामेडिकल कोर्स संचालन हेतु राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, अधिनियम 2008 की धारा 28(4) के अंतर्गत दिनांकमान्यता प्रदान की गई थी।
2. (A) यह है कि हमारी संस्थान ने मान्यता प्राप्ति के उपरान्त 05 वर्ष पूर्ण कर लिये है, तथा संस्थान द्वारा राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल विनियम 2014 के Part XV Rule 53 (1) A के प्रावधानों की अनुपालना में स्वयं के भवन में संस्थान को शिफ्ट कर लिया है या पूर्व से ही स्वयं के स्वामित्व के भवन में संचालित है।

अथवा

(B) यह है कि हमारी संस्थान को मान्यता प्राप्ति के उपरान्त 05 वर्ष पूर्ण नहीं हुये है, तथा संस्थान द्वारा राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल विनियम 2014 के Part XV Rule 53 (1) A के प्रावधानों की अनुपालना में 05 वर्ष पूर्ण होने पर स्वयं के भवन में संस्थान को शिफ्ट कर लिया जावेगा।

3. यह कि हमारी संस्थान का वर्तमान स्थायी पता निम्नानुसार है :-
4. यह कि संस्थान के स्थायी पते के अक्षांश/देशान्तरीय (Longitude/latitude) निम्नानुसार है :-
(A) अक्षांश (B) देशान्तर.....
5. हमारी संस्थान द्वारा Clinical Establishment Act के तहत पंजीयन पूर्व से है/करवा लिया गया है जिसका पंजीयन प्रमाण पत्र संख्या.....एवं जारी दिनांक.....है।
6. संस्थान द्वारा राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल अधिनियम 2008 संशोधित नियम/विनियम 2015 व 2023 के समस्त प्रावधानों की हमारे द्वारा पालना की जा रही है, तथा संलग्न प्रपत्र की पूर्ति कर दी गई है।

दिनांक :-

हस्ताक्षर शपथग्रहिता

सत्यापन

मे.....पुत्र श्री.....आयु.....जाति.....
निवासी.....मोबाइल नं.....संस्थान.....
के पद पर कार्यरत हूँ एवं सत्यापित करता हूँ कि शपथ पत्र के बिन्दु संख्या 01 लगायत 06 मेरे निजी ज्ञान एवं रिकार्ड के अनुसार सही एवं सत्य है। ईश्वर मेरी रक्षा करें।

हस्ताक्षर सत्यापनकर्ता

नोट :- शपथ पत्र के बिन्दु संख्या 2 के A अथवा B में से जो भी लागू हो उसी एक को भरा जावे।

Details of Teaching Faculties Available

Dix

Sr. no.	Name of Faculty with Designation	Qualifications	Date of Joining	Aadhar No.	Mobile No.	Email id.	Complete Residential Address	Proof of paid salary from Joining Date