



राजस्थान स्टेट अलाइड एण्ड हैल्थकेयर कौंसिल, जयपुर

Rajasthan State Allied and Healthcare Council, Jaipur

C-7(A) Sulthan House, Sawai jai singh Highway, Banipark, Jaipur – 302016

Website : <https://rsahcouncil.org> , Contact : 0141-4004914 Email-id affiliation@rsahcouncil.org

क्र.पं./राज.स्टे.अ.हैल्थ के.कौं./मान्यता (संबद्धता शुल्क)/2025/297

दिनांक :- 21/07/2025

सचिव/निदेशक/प्रधानाचार्य

समस्त मान्यता प्राप्त निजी पैरामेडिकल संस्थान/महाविद्यालय
राजस्थान।

विषय :- मान्यता/संबद्धता शुल्क (Affiliation Fee) सत्र 2025-26 जमा करवाने के
क्रम में।

राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल, जयपुर (परिवर्तित नाम राजस्थान स्टेट अलाइड एण्ड हैल्थकेयर 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 से 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/- रुपये शास्ति राशि देय होगी।

कौंसिल द्वारा मान्यता प्राप्त सभी निजी संस्थानों/महाविद्यालयों 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 22.07.2025 से 31.07.2025 तक बिना विलम्ब शुल्क मय दस्तावेजात तथा दिनांक 04.08.2025 तक 10,000/- रुपये (प्रति कोर्स) विलम्ब शुल्क राशि मय जीएसटी राशि सहित जमा कराना जाना सुनिश्चित करे।

मान्यता/संबद्धता शुल्क राशि मय जीएसटी राशि (SGST 9% , CGST 9%) नियमानुसार 18 प्रतिशत का भूगतान द्वारा डिमाण्ड ड्राफ्ट सचिव दी राजस्थान स्टेट अलाइड एण्ड हैल्थकेयर कौंसिल के नाम देय अथवा दी राजस्थान स्टेट अलाइड एण्ड हैल्थकेयर कौंसिल के खाते में ऑनलाईन के माध्यम से भी भूगतान किया जा सकता है, जिसका विवरण निम्नानुसार है :-

The Rajasthan State Allied and Healthcare Council

STATE BANK OF INDIA

A/C NO – 43150416847

IFSC CODE – SBIN0031510

GST Registration No. 08AAAGT2055F1ZE

पत्र के संलग्नक प्रपत्रो, 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 टीचिंग फैकल्टी की सूची एवं उनको संस्थान द्वारा किये गये वेतन भुगतान का प्रमाण स्वरूप दस्तावेजात इस कार्यालय में दिनांक 04.08.2025 साय: 6:00 बजे तक हार्ड कॉपी एवं सॉफ्ट कॉपी जरिये रजिस्टर्ड डॉक से कौंसिल कार्यालय में भिजवाना सुनिश्चित करें।

शीघ्र ही शैक्षणिक सत्र 2025-26 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 2025-26 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।

(उत्तम सिंह शेखावत)
RAS

सचिव

क्र.पं./राज.स्टे.अ.हैल्थ के.कौं./मान्यता (संबद्धता शुल्क)/2025/297

दिनांक :- 21/07/2025

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

1. निजी सचिव प्रमुख शासन सचिव, महोदया चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, राजस्थान जयपुर।
2. संयुक्त शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य (ग्रुप-3) विभाग, राजस्थान जयपुर।
3. लेखा/रोकड शाखा, राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल (परिवर्तित नाम राजस्थान स्टेट अलाइड एण्ड हैल्थकेयर कौंसिल) जयपुर।
4. प्रभारी सर्वर रूम को भेजकर लेख है कि उक्त आदेश आज ही वेबसाईट पर अलपोड करने का श्रम करें।
5. रक्षित पत्रावली।

सचिव

To,

The Secretary

Rajasthan State Allied and Healthcare Council,

Jaipur, Rajasthan.

(Former Name Rajasthan Paramedical Council, Jaipur)

Subject :- Self Declaration about infrastructure & Facilities in the Institution.

Ref.:- Your Letter no.----- dated-----

1. Name of the institution -
2. Name of the Chairperson/Secretary-
3. Name of the society/Trust/Company-
4. Complete address where paramedical course will run. -
5. Name of the Principal/Dean/HOD with qualification -
6. 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		

7. Other courses running in the same premises,
8. 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			

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

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		
3	Beds distribution		
4	Pollution Control Board Certificate		
5	Clinical Establishment Registration		
6	Distance of institute from Hospital/Lab in K.M.		
7	Coursewise clinical facilities		
8	Name of Course	Details of clinical facilities available.	Facilities are as per Norms Yes/No

10. Teaching facilities available :-

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

Teaching facility is as per norms.

Yes

No

11. Required equipments as per norms are available (Right only Yes or No)

(Purchase bills of the equipments should be verified by the inspector.)

12. Videography of required infrastructure facility done in my presence and video CD is enclosed.

13. Any other information.

(No recommendation to be given)

**Signature and Name of Principal
Date.-**

Enclosed - Annexure

ANNEXURE TO THE REPORT

1. Date when the Hospital/Lab became operational
2. Coursewise data (For this record of hospital/lab of last one year should be seen).

S.No.	Name of the course	Clinical facilities (Details for one year).
1	Diploma in Medical Laboratory Technology	
2	Diploma in Radiation Technology	
3	Diploma in Operation Theatre Technology	
4	Diploma in Dialysis Technology	
5	Diploma in Orthopedic Technology	
6	Diploma in ECG Technology	
7	Diploma in Blood Bank Technology	
8	Diploma in Endoscopy Technology	
9	Diploma in EEG Technology	
10	Diploma in Cath Lab Technology	
11	Diploma in Emergency and Traume Care Technology	
12	Diploma in Ophthalmic Technology	

Record or documents in support of the above claim should be attached.

Signature and Name of Principal

शपथ पत्र

(50 रुपये के नोन ज्यूडिशियल स्टाम्प पर)

मैं..... पुत्र श्री..... 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/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 करवा लिया गया है जिसका पंजीयन प्रमाण पत्र संख्या.....एवं दिनांक.....है।
 6. संस्थान द्वारा राजस्थान पैरामेडिकल कौंसिल अधिनियम 2008 नियम 2014 व संशोधित नियम 2015 के समस्त प्रावधानों की हमारे द्वारा पालना की जा रही है, तथा संलग्न प्रपत्र की पूर्ति कर दी गई है।

दिनांक :-

हस्ताक्षर शपथग्रहिता

सत्यापन

मैं..... 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।

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 Paramedical 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.

2-v

Details of Teaching Faculties Available

Sr. No.	Name of Faculty with Designation	Qualifications	Date of Joining	Teaching Experience	Aadhar No.	Mobile No.	Email id.	Complete Residential Address	Proof of Paid Salary From Joining Date
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

2-2