

उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी

5, सर्वपल्ली, माल एवेन्यू रोड, लखनऊ - 226001

फोन : 0522 - 2238846, 2236600, फैक्स : 0522-2237800



पत्रांक सं० ५२१२/१८

दिनांक ५/६/१८

सेवा में,

प्रधानाचार्य/प्रबन्धक,

समस्त नर्सिंग प्रशिक्षण केन्द्र,

उ०प्र०।

विषय—जी०एन०एम० एवं ए०एन०एम० प्रशिक्षण पाठ्यक्रम परीक्षा सितम्बर-2018 के संबंध में।

महोदय/महोदया,

आपको अवगत कराना है, कि जी०एन०एम० एवं ए०एन०एम० प्रशिक्षण पाठ्यक्रम की परीक्षाएँ, सितम्बर-2018 में आयोजित करायी जायेगी। परीक्षा में बैठने वाले अर्ह छात्र/छात्राओं की सूची संलग्न प्रोफार्मा में आमंत्रित की जाती है। आपके प्रशिक्षण केन्द्र से आमंत्रित छात्र/छात्राओं की सूची में पूर्व में आवंटित अनुक्रमांक, छात्र/छात्रा का नाम, पिता का नाम एवं माता का नाम स्पष्ट रूप से लिखा होना आवश्यक है। आप द्वारा निम्नलिखित दिशानिर्देशों का पालन करना सुनिश्चित करें—

1. सत्र 2017-18 के प्रथम वर्ष में प्रवेशित छात्र/छात्राओं के परीक्षा शुल्क आप द्वारा पूर्व में जमा किया जा चुका है। प्रथम वर्ष के केवल अनुत्तीर्ण छात्र/छात्राएँ जो इस परीक्षा में बैठने हेतु अर्ह हो एवं द्वितीय वर्ष एवं तृतीय वर्ष के अर्ह छात्र/छात्राओं के परीक्षा शुल्क जमा कराना सुनिश्चित करें।
2. परीक्षा शुल्क केवल अर्ह छात्र/छात्राओं के ही जमा करना सुनिश्चित करें। परीक्षा शुल्क के समायोजन पर विचार किया जाना संभव नहीं होगा।
3. आप द्वारा अर्ह छात्र/छात्राओं की सूची निर्धारित प्रोफार्मा में ही प्रधानाचार्य द्वारा हस्ताक्षरित एवं परीक्षा शुल्क बैंक में जमा करने के साक्ष्य सहित ही इस कार्यालय में जमा कराना सुनिश्चित करें।
4. परीक्षा शुल्क सचिव, उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ के खाते में एवं रजिस्ट्रेशन शुल्क रजिस्ट्रार, उ०प्र० नर्सिंग एवं मिडवाइव्स कौंसिल, लखनऊ के खाते में ही सावधानी पूर्वक जमा कराना सुनिश्चित करें। किसी भी प्रकार के समायोजन पर विचार किया जाना संभव नहीं होगा।
5. आप द्वारा परीक्षा शुल्क RTGS/NEFT द्वारा दिनांक 20.06.2018 तक बैंक में जमा करके, जिसकी रसीद इस कार्यालय द्वारा दिनांक 21 जून, 2018 से 29 जून, 2018 के मध्य ही काटी जायेगी। दिनांक 29 जून, 2018 के पश्चात् परीक्षा शुल्क किसी भी दशा में जमा किया जाना संभव नहीं होगा।
6. व्यक्तिगत अथवा स्पीड पोस्ट द्वारा दिनांक 29.06.2018 तक इस कार्यालय में सूची सहित परीक्षा शुल्क प्राप्त होने पर ही अनुक्रमांक जारी किये जायेंगे।

.....क्रमशः

(2)

नर्सिंग (जी0एन0एम0/ए0एन0एम0) परीक्षा शुल्क जमा करने का विवरण—

जी0एन0एम0 द्वितीय वर्ष, तृतीय वर्ष एवं सभी अनुत्तीर्ण छात्र/छात्राओं तथा ए0एन0एम0 द्वितीय वर्ष एवं सभी अनुत्तीर्ण छात्र/छात्राओं का परीक्षा शुल्क रू0 2,500/— प्रति अभ्यर्थी की दर से RTGS/NEFT खाता संख्या— 10041131002164 अथवा कुल फीस का एक बैंक ड्राफ्ट “सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ” एवं जी0एन0एम0 तृतीय वर्ष (तीन वर्षीय पाठ्यक्रम) एवं ए0एन0एम0 अंतिम वर्ष के छात्र/छात्राओं का रजिस्ट्रेशन शुल्क रू0 1750/— प्रति अभ्यर्थी की दर से RTGS/NEFT खाता संख्या—10041131002126 अथवा कुल फीस का एक बैंक ड्राफ्ट “रजिस्ट्रार, उ0प्र0 नर्सिंग एवं मिडवाइवज कौंसिल, लखनऊ” के पक्ष में देय होगा। सूची सहित केवल रजिस्ट्रेशन फार्म संलग्न कर भेजें।

अंतिम वर्ष परीक्षा का परीक्षाफल घोषित करने के साथ ही सफल अभ्यर्थियों का पंजीकरण कर दिया जायेगा। अभ्यर्थी कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर अपना परीक्षाफल देखने के पश्चात कार्यालय द्वारा निर्धारित तिथियों में अपना रजिस्ट्रेशन, डिप्लोमा एवं मार्कशीट प्राप्त कर सकते हैं।

निर्धारित तिथियों की सूचना कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर समयानुसार उपलब्ध करा दी जायेगी।

निर्धारित तिथि के पश्चात् जमा किसी भी शुल्क के समायोजन पर विचार नहीं किया जायेगा। **सभी प्रकार के पत्राचार में प्रशिक्षण केन्द्र का कोड नंबर अवश्य अंकित करें।**

परीक्षा शुल्क एवं रजिस्ट्रेशन शुल्क कार्यालय द्वारा निर्धारित नये प्रोफार्मा में सूची टंकित कराकर समयानुसार जमा कराना सुनिश्चित करें। निर्धारित तिथि के पश्चात् प्राप्त किसी भी शुल्क को जमा नहीं कराया जायेगा। शुल्क एवं सूची के अभाव में कार्यालय द्वारा परीक्षा कराना सम्भव नहीं होगा जिसकी पूर्ण जिम्मेदारी प्रशिक्षण केन्द्र की होगी। परीक्षा सम्बन्धी किसी भी लापरवाही पर मान्यता/सम्बद्धता को निरस्त करने पर विचार किया जा सकता है।

नोट— **RTGS/NEFT करते समय उपर्युक्त अंकित खाता संख्या में ही संबंधित फीस को हस्तान्तरित करें। किसी भी प्रकार का समायोजन किया जाना संभव नहीं होगा।**

- संलग्नक—
1. RTGS का पूर्ण विवरण
 2. शुल्क जमा करने का प्रोफार्मा
 3. सूची प्रस्तुत करने का प्रोफार्मा
 4. रजिस्ट्रेशन फार्म

भवदीय,



सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी।

संलग्नक-1

Details for RTGS/NEFT

For deposit of Paramedical & Nursing Examination Fee & Paramedical
Registration only:-

Secretary, U.P. State Medical Faculty, Lucknow

Oriental Bank of Commerce

A/c No.- 10041131002164

IFSC CODE- ORBC0101004

BRANCH- SADAR CANTT., LUCKNOW

For deposit of Nursing Registration Fee only:-

Registrar, U.P. Nurses & Midwives Council, Lucknow

Oriental Bank of Commerce

A/c No.- 10041131002126

IFSC CODE- ORBC0101004

BRANCH- SADAR CANTT., LUCKNOW

Form - 2 ①

U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW

(NURSING EXAMINATION FEES/ INTERNSHIP FEE FORM)

DATE : _____

BATCH : Month _____ Year _____

FOR OFFICE USE ONLY

RECEIPT NO. : _____

DATE : _____

SIGN. : _____

CENTER CODE		
CENTER NAME		
CONTACT PERSON		CONTACT NO.

Course	No. of Candidates				Examination Fee (Per Candidate)	Total Amount
	I st Year	II nd Year	III rd Year	Total		
G.N.M.					2500.00	
A.N.M.					2500.00	
INTERNSHIP FEE					1250.00	
GRAND TOTAL						

RTGS/ NEFT / DEMAND DRAFT DETAILS				
Sr. No.	Bank Name	Transaction Reference / DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
TOTAL				

CASH	
X 2000	
X 1000	
X 500	
X 100	
X 50	
X 10	
TOTAL	

NOTE- 1. Fill the Form in Capital Letters only.

2. Draft should be in the Name of "SECRETARY, U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW".

3. Enclose the List of Candidates.

SEAL & SIGN.
PRINCIPAL/ DIRECTOR

पिनकोड- 2 (2)

U.P. NURSES & MIDWIVES COUNCIL, LUCKNOW

(NURSING REGISTRATION FEES FORM)

DATE : _____

BATCH : Month _____ Year _____

FOR OFFICE USE ONLY

RECEIPT NO. :

DATE :

SIGN. :

CENTER CODE		
CENTER NAME		
CONTACT PERSON		CONTACT NO.

Course	No. of Candidates	Registration Fee (Per Candidate)	Registration Fee Amount	Smart Card Fee (Per Candidate)	Smart Card Fee Amount	Total Amount
G.N.M.		1500.00		250.00		
A.N.M.		1500.00		250.00		
GRAND TOTAL						

RTGS/ NEFT/ DEMAND DRAFT DETAILS				
Sr. No.	Bank Name	Transaction Reference / DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
TOTAL				

CASH	
X 2000	
X 1000	
X 500	
X 100	
X 50	
X 10	
TOTAL	

- NOTE- 1. Fill the Form in Capital Letters only.
 2. Draft should be in the Name of "REGISTRAR, U.P. NURSES & MIDWIVES COUNCIL, LUCKNOW".
 3. Enclose the List of Candidates.

SEAL & SIGN.
 PRINCIPAL/ DIRECTOR

संलग्नक-3

परीक्षा / रजिस्ट्रेशन हेतु प्रोफार्मा

प्रशिक्षण केन्द्र का नाम—
प्रशिक्षण पाठ्यक्रम का नाम—

सेन्टर कोड—
वर्ष—

[illegible]

हस्ताक्षर प्रधानाचार्य

नोट- सूची कम्प्यूटर द्वारा टाइप होनी आवश्यक है।