

कार्यालय सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ

पत्रांक – 2119/26

दिनांक – 28.02.2026

कार्यालय-ज्ञाप

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी के कार्यालय ज्ञाप संख्या-1045/25 दिनांक-28.01.2026 (प्रति संलग्न) के क्रम में निजी क्षेत्र के अन्तर्गत नर्सिंग पाठ्यक्रमों (ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम को छोड़कर) के नये प्रशिक्षण केन्द्र खोलने एवं पूर्व से चल रहे पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि हेतु ऑनलाईन आवेदन दिनांक 01.02.2026 से कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक के माध्यम से ऑनलाईन पोर्टल पर आमंत्रित किये गये थे।

उक्त कार्यालय ज्ञाप के साथ संलग्न दिशा-निर्देशों में उल्लिखित था कि ऑनलाईन आवेदन हेतु पोर्टल वर्ष भर खुला रहेगा तथा आवेदित संस्थाओं का स्थलीय निरीक्षण संबंधी कार्य दो चक्रों में कराया जायेगा। प्रथम चक्र (Inspection Cycle) में दिनांक 28.02.2026 तक प्राप्त ऑनलाईन आवेदनों के स्थलीय निरीक्षण संबंधी कार्य दिनांक 30.05.2026 तक सम्पादित किये जायेंगे। प्रथम चक्र (Inspection Cycle) हेतु ऑनलाईन आवेदन करने की निर्धारित अन्तिम तिथि **28.02.2026** को बढ़ाकर **10.03.2026** किया जाता है।

यदि आप द्वारा कार्यालय की वेबसाइट पर उपलब्ध संबंधित लिंक के माध्यम से ऑनलाईन आवेदन करने की बढ़ी अन्तिम तिथि **10.03.2026** तक ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन कर नियमानुसार आवेदन नहीं किया जाता है तो आपकी संस्था का स्थलीय निरीक्षण प्रथम चक्र (Inspection Cycle) किया जाना संभव नहीं होगा। जिसका समस्त उत्तरदायित्व आपका होगा। विस्तृत जानकारी हेतु कार्यालय की वेबसाइट का अवलोकन करने का कष्ट करें।
संलग्नक-उपरोक्तानुसार।

(डा0 अनुराग श्रीवास्तव)

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी

कार्यालय सचिव, उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ

पत्रांक - 1045/26

दिनांक - 28.01.26

कार्यालय-ज्ञाप

उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा निजी क्षेत्र के अन्तर्गत नर्सिंग पाठ्यक्रमों (ए०एन०एम० पाठ्यक्रम को छोड़कर) के नये प्रशिक्षण केन्द्र खोलने एवं पूर्व से चल रहे पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि हेतु ऑनलाईन आवेदन दिनांक 01 फरवरी, 2026 से कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक "नये/सीट वृद्धि हेतु नवीन नर्सिंग प्रशिक्षण केन्द्र के आवेदन हेतु" के माध्यम से ऑनलाईन पोर्टल पर आमंत्रित किये जा रहे हैं। इच्छुक संस्थायें उक्त तिथि से ऑनलाईन आवेदन कर सकती हैं।

पूर्व से आवेदित सभी संस्थाओं (जिनका प्रथम/द्वितीय/तृतीय निरीक्षण होना है) जो अपने पूर्व में आवेदित नर्सिंग पाठ्यक्रम (ए०एन०एम० पाठ्यक्रम को छोड़कर) हेतु संस्था का स्थलीय निरीक्षण कराने की इच्छुक है, को कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक "नये/सीट वृद्धि हेतु पूर्व में आवेदित नर्सिंग प्रशिक्षण केन्द्र के रजिस्ट्रेशन हेतु" के माध्यम से दिनांक 01 फरवरी, 2026 से ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन कर समस्त डाटा ऑनलाईन अपलोड करना अनिवार्य है। चूंकि यह आपका प्रथम/द्वितीय/तृतीय निरीक्षण होगा, अतः उक्त ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन हेतु किसी भी प्रकार का कोई शुल्क देय नहीं होगा। यदि पूर्व से आवेदित संस्था के तीन स्थलीय निरीक्षण सम्पन्न हो चुके हैं, तो उनको नियमानुसार निर्धारित शुल्क के साथ कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर उपलब्ध लिंक "नये/सीट वृद्धि हेतु नवीन नर्सिंग प्रशिक्षण केन्द्र के आवेदन हेतु" के माध्यम से पुनः आवेदन करना होगा।

यदि आप द्वारा कार्यालय की वेबसाइट पर उपलब्ध संबंधित लिंक के माध्यम से स्थलीय निरीक्षण हेतु ऑनलाईन रजिस्ट्रेशन कर नियमानुसार आवेदन नहीं किया जाता है तो आपकी संस्था का स्थलीय निरीक्षण किया जाना संभव नहीं होगा। जिसका समस्त उत्तरदायित्व आपका होगा। विस्तृत जानकारी हेतु कार्यालय की वेबसाइट का अवलोकन करने का कष्ट करें।

संलग्नक - आवेदन हेतु दिशा-निर्देश।



(डा० अनुराग श्रीवास्तव)

सचिव,

उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा नर्सिंग के नवीन प्रशिक्षण केन्द्र खोलने एवं पूर्व से चल रहे पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि के आवेदन हेतु सामान्य दिशा-निर्देश

- निजी क्षेत्र के अन्तर्गत नर्सिंग पाठ्यक्रमों (ए0एन0एम0 पाठ्यक्रम को छोड़कर) के नये प्रशिक्षण केन्द्र खोलने एवं पूर्व से चल रहे पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि हेतु इच्छुक संस्थाएँ **01 फरवरी, 2026** से कार्यालय की वेबसाइट www.upsmfac.org पर कार्यालय ज्ञाप संख्या-1045/26 दिनांक 28.01.2026 में उल्लिखित लिंक के माध्यम से ऑनलाईन पोर्टल पर आवेदन कर सकती हैं।
- संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी अधिनियम की धारा 8 के अधीन पंजीकृत कम्पनी) आवेदन करने हेतु पात्र होगी।
- ऑनलाईन आवेदन हेतु पोर्टल वर्ष भर खुला रहेगा तथा आवेदित संस्थाओं का स्थलीय निरीक्षण संबंधी कार्य दो चक्रों में कराया जायेगा।
 1. प्रथम चक्र (Inspection Cycle) में **28 फरवरी, 2026** तक प्राप्त ऑनलाईन आवेदनों के स्थलीय निरीक्षण संबंधी कार्य **30 मई, 2026** तक सम्पादित किये जायेंगे।
 2. द्वितीय चक्र (Inspection Cycle) में **01 मार्च, 2026** से **31 अगस्त, 2026** तक प्राप्त ऑनलाईन आवेदनों के स्थलीय निरीक्षण संबंधी कार्य **30 नवम्बर, 2026** तक सम्पादित किये जायेंगे।

प्रथम चक्र निरीक्षण प्रक्रिया में वही संस्थान स्थलीय निरीक्षण हेतु अर्ह होंगे जिन्होंने 28 फरवरी, 2026 तक ऑनलाईन आवेदन किया हो। द्वितीय चक्र निरीक्षण प्रक्रिया में वही संस्थान स्थलीय निरीक्षण हेतु अर्ह होंगे जिन्होंने 31 अगस्त, 2026 तक ऑनलाईन आवेदन किया हो। निर्धारित निरीक्षण चक्र में संस्था द्वारा आवेदित पाठ्यक्रम हेतु आवेदन करने के उपरान्त उस पर मान्यता देने के संबंध में अन्तिम निर्णय होने के पश्चात् ही संस्था आगामी निरीक्षण चक्र में संबंधित पाठ्यक्रम हेतु आवेदन कर सकेगी।
- समस्त औपचारिकताओं/वांछित वैध प्रपत्रों के साथ आवेदन न करने वाली संस्थाओं के आवेदन-पत्र निरीक्षण हेतु अर्ह नहीं होंगे। उक्त आवेदन-पत्र को तीन माह के लिए स्थगित कर दिया जायेगा तथा संस्था निरीक्षण हेतु पुनः आवेदन तीन माह पश्चात् ही कर पायेगी। संस्था को आवेदन-पत्र में पायी गयी कमियों के संबंध में सूचना ऑनलाईन पोर्टल/ई-मेल के माध्यम दी जायेगी।
- संस्था द्वारा पोर्टल पर ऑनलाईन भरे गये आवेदन-पत्र की स्पाइरल बाईंडिंग में स्व-प्रमाणित कर एक प्रति (ऑनलाईन माध्यम से अपलोड किये गये प्रपत्रों सहित) ऑनलाईन निर्धारित शुल्क जमा करने के एक सप्ताह के अन्दर कार्यालय में जमा की जायेगी। (कार्यालय द्वारा जारी दिशा-निर्देशों के अनुसार आवेदन-पत्र पूर्ण होना आवश्यक है)
- प्रत्येक पाठ्यक्रम (नये/सीट वृद्धि) हेतु पृथक ऑनलाईन आवेदन-पत्र भरे जायेंगे।
- संस्था द्वारा ऑनलाईन आवेदन किये गये आवेदन-पत्र की जांच कार्यालय स्तर पर की जायेगी।
- समस्त औपचारिकताओं/वांछित वैध प्रपत्रों के साथ आवेदन करने वाली संस्थाओं का निरीक्षण संबंधी सूचना संस्था को ऑनलाईन पोर्टल/ई-मेल के माध्यम से दी जायेगी। निरीक्षण हेतु

निर्धारित समयावधि में निरीक्षण टीम द्वारा किसी भी कार्यदिवस (राजपत्रित अवकाश एवं रविवार को छोड़कर) में किसी भी आवेदित संस्था का औचक निरीक्षण किया जायेगा।

- आवेदन करने वाली संस्थाओं के प्रश्नगत नवीन/सीट वृद्धि पाठ्यक्रम हेतु जमा शुल्क से अधिकतम तीन स्थलीय निरीक्षण उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा निर्धारित निरीक्षण शेड्यूल में कराये जायेंगे।
- शासन से अनिवार्यता प्रमाण-पत्र/अनुमति प्रदान होने के पश्चात् सम्बद्धता/मान्यता प्रदान करने हेतु संस्था का प्रश्नगत पाठ्यक्रम हेतु उ०प्र० नर्सिग एवं मिडवाइब्ज कौंसिल द्वारा द्वितीय निरीक्षण कराया जायेगा, जिसमें संबंधित पाठ्यक्रम हेतु निर्धारित मानक के अनुसार टीचिंग फैकल्टी, उपकरण/उपस्कर की उपलब्धता इत्यादि का सत्यापन किया जायेगा। सत्यापन के पश्चात् ही उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी/उ०प्र० नर्सिग एवं मिडवाइब्ज कौंसिल द्वारा सम्बद्धता/मान्यता प्रदान की जायेगी।
- जी०एन०एम० पाठ्यक्रम हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क रू० 4,00,000+ (18%GST) निर्धारित है।
- बी०एससी०-नर्सिग हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क रू० 2,50,000+(18%GST) निर्धारित है। उक्त शुल्क का 10 प्रतिशत अर्थात् रू० 25,000/- (पच्चीस हजार रूपये मात्र) राजकीय कोषागार हेड संख्या-0210 चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य 04 लोक स्वास्थ्य 800 अन्य प्रप्तियाँ में जमा की जायेगी। इसकी रसीद आवेदन-पत्र के साथ संलग्न की जायेगी।
- पोस्ट-बेसिक बी०एससी० नर्सिग हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क रू० 4,00,000+(18%GST) निर्धारित है।
- एम०एस०सी०-नर्सिग हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क रू० 5,00,000+(18%GST) निर्धारित है।
- नर्सिग प्रशिक्षण हेतु संस्था के पास 100 बेड का मूल (पैरेन्ट) क्रियाशील चिकित्सालय होना आवश्यक है।
- एन०ओ०सी०/सम्बद्धता प्रदान करने के लिए इण्डियन नर्सिग कौंसिल, नई दिल्ली द्वारा निर्धारित मानक ही नर्सिग पाठ्यक्रमों पर लागू होंगे।

नोट- विस्तृत जानकारी हेतु आवेदित पाठ्यक्रमों के प्रास्पेक्टस/विवरणिका कार्यालय की वेबसाइट (www.upsmfac.org) पर उपलब्ध है। फार्म भरने के संबंध में किसी भी प्रकार की जानकारी हेतु निम्न हेल्प लाईन नम्बर एवं ई-मेल आई०डी० पर सम्पर्क किया जा सकता है।

हेल्प लाईन नम्बर - 8881268880

ई-मेल आई०डी० - collegeopening@upsmfac.org

वर्ष 2026-27 के आवेदन हेतु डिप्लोमा/डिग्री नर्सिग कोर्सों के नाम

| | | |
|----|--|----------|
| 1. | डिप्लोमा इन जनरल नर्सिग एण्ड मिडवाइर्फरी | 3 वर्षीय |
| 2. | बी० एससी०-नर्सिग | 4 वर्षीय |
| 3. | पोस्ट बेसिक बी०एससी०-नर्सिग | 2 वर्षीय |
| 4. | एम० एससी०-नर्सिग | 2 वर्षीय |

आवेदन के समय ऑनलाईन अपलोड किये जाने एवं आवेदन-पत्र के साथ लगाये जाने वाले प्रपत्र/अभिलेख।

फोटोग्राफ :

टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय के फोटोग्राफ।

प्रपत्र/अभिलेख :

1. संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी) का अद्यतन रजिस्ट्रेशन प्रमाण-पत्र।
2. संस्था के बाइलाज/मेमोरेण्डम ऑफ एसोशिएसन।
3. प्रश्नगत पाठ्यक्रम का केन्द्र खोलने हेतु सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी द्वारा पारित रिजोल्यूशन/प्रस्ताव।
4. संस्था की बैलेन्सशीट (विगत 2 वर्षों की)।
5. प्रशिक्षण केन्द्र की भूमि (टीचिंग ब्लाक व हास्टल ब्लाक) एवं चिकित्सालय की भूमि के मालिकाना हक का प्रमाण-पत्र/प्रपत्र (संस्था का ही हो) जो राजस्व विभाग के सक्षम प्राधिकारी प्राधिकरण (तहसीलदार) से कम न हो से प्रमाणित प्रति/खतौनी की मूल प्रति अथवा उपनिबन्धक द्वारा सत्यापित विलेख की प्रति, यदि संस्था ग्रामीण क्षेत्र से संबंधित हो और भूमि कृषि योग्य हो तो निबन्धन धारा 143 के अर्न्तगत भू-उपयोग परिवर्तन के आदेश की प्रमाणित प्रति।
6. टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय का प्रमाणित मानचित्र (ब्लू प्रिन्ट)।
7. अग्नि शमन प्रमाण-पत्र (टीचिंग ब्लाक, हास्टल ब्लाक एवं चिकित्सालय) तीनों का ऑनलाईन पद्धति वाला स्थायी (पूर्णता कम्प्लीशन) जिसमें वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
8. चिकित्सालय की प्रारम्भ तिथि।
9. चिकित्सालय का सी0एम0ओ0 रजिस्ट्रेशन प्रमाण-पत्र।
10. चिकित्सालय का प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड का प्रमाण-पत्र।
11. चिकित्सालय में कार्यरत चिकित्सकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन सर्टिफिकेट, नियुक्ति एवं ज्वाइनिंग लेटर तथा विगत तीन माह की सैलरी स्लिप) निम्न प्रारूप पर –

| क्र. सं. | चिकित्सक का नाम | पद नाम | विभाग का नाम | उ0प्र0 मेडिकल कौंसिल में पंजीकरण एवं दिनांक | ज्वाइनिंग दिनांक |
|----------|-----------------|--------|--------------|---|------------------|
| 1 | | | | | |
12. चिकित्सालय में कार्यरत नर्सिंग कार्मिकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन सर्टिफिकेट, नियुक्ति एवं ज्वाइनिंग लेटर तथा विगत तीन माह की सैलरी स्लिप) निम्न प्रारूप पर –

| क्र. सं. | नर्सिंग कार्मिक का नाम | पद नाम | विभाग का नाम | उ0प्र0 नर्सिंग एवं मिडवाइब्ज कौंसिल में पंजीकरण एवं दिनांक | ज्वाइनिंग दिनांक |
|----------|------------------------|--------|--------------|--|------------------|
| 1 | | | | | |
13. चिकित्सालय में कार्यरत पैरामेडिकल कार्मिकों का विवरण (रजिस्ट्रेशन सर्टिफिकेट, नियुक्ति एवं ज्वाइनिंग लेटर तथा विगत तीन माह की सैलरी स्लिप) निम्न प्रारूप पर –

| क्र. सं. | पैरामेडिकल कार्मिक का नाम | पद नाम | विभाग का नाम | उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फ़ैकल्टी में पंजीकरण एवं दिनांक | ज्वाइनिंग दिनांक |
|----------|---------------------------|--------|--------------|---|------------------|
| 1 | | | | | |
14. चिकित्सालय के कर्मचारियों की सैलरी संबंधित विगत तीन माह के लेज़र।
15. चिकित्सालय की विगत दो वर्ष की आडिटेड बैलेन्सशीट। जो चिकित्सालय 01 अप्रैल, 2025 के पश्चात् खुले हैं, उनको इस वित्तीय वर्ष से संबंधित चार्टर्ड एकाउंटेंट द्वारा सत्यापित प्रोविजनल बैलेन्सशीट देना आवश्यक है।

16. चिकित्सालय के पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत होने की सूचना। यदि चिकित्सालय पी0एम0जे0ए0वाई0 में पंजीकृत है तो विगत एक वर्ष की प्रीऑथ के संबंध में अभिलेख सहित विवरण।
17. चिकित्सालय का जन्म पंजीकरण रजिस्टर का विगत तीन माह का रिकार्ड।
18. गर्भवती महिलाओं के पंजीकरण रजिस्टर (ANC Register) का विगत तीन माह का रिकार्ड।
19. चिकित्सालय के विगत तीन माह के ओ0पी0डी0/आई0पी0डी0 का रिकार्ड।
20. डिग्री नर्सिंग पाठ्यक्रमों हेतु अटल बिहारी बाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ/सम्बद्ध विश्वविद्यालय का सहमति-पत्र (Letter of Intent)।
21. शपथ-पत्र स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा प्रमाणित।

नोट— विस्तृत जानकारी हेतु आवेदित प्रशिक्षणों के प्रास्पेक्टस/विवरणिका का कार्यालय की वेबसाइट (www.upsmfac.org) पर अवलोकन करें।

शपथ-पत्र का प्रारूप

शपथ पत्र

(आवेदन पत्र के साथ स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र संलग्न करें)

सचिव,

उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी,

लखनऊ।

1. मैं (संस्था के मुखिया का नाम).....शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था (संस्था का नाम)के द्वारा प्रस्तावित प्रशिक्षण केन्द्र का नाम व पता.....में (कोर्स का नाम)..... संचालन हेतु आवेदन किया गया है।
2. मैं बचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं अपने प्रशिक्षण केन्द्र में उ०प्र० सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त नर्सिंग डिप्लोमा/डिग्री के प्रशिक्षणों के अलावा अन्य कोई प्रशिक्षण नहीं चलाऊँगा/चलाऊँगी।
3. यह कि प्रशिक्षण केन्द्र व उससे संबंधित भूमि का मालिकाना हक मेरी संस्था का ही है। उक्त भूमि केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/प्राधिकरण की किसी भी योजना में अधिग्रहीत नहीं है और न ही अधिग्रहण हेतु प्रस्तावित है।
4. यह कि उक्त प्रशिक्षण केन्द्र की भूमि से संबंधित मा० उच्चतम न्यायालय/मा० उच्च न्यायालय/सक्षम न्यायालय अथवा न्यायिक अभिकरण में किसी भी प्रकार का दीवानी/फौजदारी वाद विचाराधीन/लम्बित नहीं है और ना ही किसी प्रकार का स्थगन आदेश ही प्राप्त हुआ है।
5. संस्था के पास सम्पूर्ण उत्तर प्रदेश में हे० भूमि है, जो उत्तर प्रदेश राजस्व संहिता 2006 की धारा 89 में उल्लिखित सीमा 5.0586 हेक्टेयर से अधिक भूमि नहीं है। (और यदि अधिक है तो धारा 89 (3) के अर्न्तगत राजस्व विभाग, उत्तर प्रदेश शासन से प्राप्त अनुमति प्रमाण-पत्र की छायाप्रति संलग्न करें)।
6. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे द्वारा आवेदन-पत्र में दी गयी जानकारी एवं संलग्न किये गये प्रपत्र पूर्ण एवं सत्य है और इसमें कुछ भी छिपाया नहीं गया है। यदि किसी भी समय, मुझे कोई जानकारी छिपाने या कोई गलत जानकारी देते हुए पाया जाता है, तो मेरे विरुद्ध नियमानुसार विधिक कार्यवाही की जा सकती है तथा मेरे आवेदन-पत्र को निरस्त किया जा सकता है।
7. मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में मेरे द्वारा दी गयी जानकारी निरीक्षण के समय बदली नहीं जायेगी।
8. मैं वचन देता हूँ/देती हूँ कि मैं राज्य सरकार व उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी के द्वारा दिये गये दिशा-निर्देशों व निर्णयों का पालन करूँगा/करूँगी और यदि संस्था द्वारा किसी भी दिशा-निर्देशों/मानकों का उल्लंघन किया जाता तो संस्था की मान्यता/सम्बद्धता समाप्त कर दी जाय।

स्थान :-

दिनांक :-

संस्था के मुखिया के हस्ताक्षर

संस्था के मुखिया का नाम

संस्था का नाम

कोषागार प्रपत्र-209 (1)
वित्तीय नियम संग्रह खण्ड-5 भाग-2
प्रपत्र संख्या-43 ए(1)
(प्रस्तर 417 एवं 478 देखिए)
धनराशि जमा करने का चालान फार्म

- उपकोषागार/बैंक का नाम व शाखा
1. जिस व्यक्ति (पदनाम यदि आवश्यक हो)
या संस्था के नाम से धनराशि जमा की जा
रही है उसका नाम
2. पता
3. पंजीकरण संख्या/पक्ष का नाम व वाद
संख्या (यदि आवश्यक हो)
4. जमा की जा रही धनराशि का पूर्ण विवरण
(धनराशि किस हेतु जमा की जा रही है
तथा किस विभाग के पक्ष में जमा की जा
रही है।)
5. चालान की सकल राशि
6. चालान की निबल राशि
7. लेखाशीर्षक का पूर्ण विवरण/लेखाशीर्षक
की मुहर
8. लेखा-शीर्षक का 13 डिजिट कोड

0210 चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य 04
लोक स्वास्थ्य 800 अन्य प्राप्तियाँ

| | | |
|-------------------|-----------------|------------|
| मुख्य लेखा शीर्षक | उप मुख्य-शीर्षक | लघु-शीर्षक |
| 0 2 1 0 | 0 4 | 8 0 0 |

| | | |
|-----------|------------------|-------------------|
| उप-शीर्षक | ब्योरेवार-शीर्षक | धनराशि (अंको में) |
| - | - | ₹ 25,000/- |
| - | - | - |
| - | - | - |
| योग | | ₹ 25,000/- |

धनराशि (शब्दों में) रूपया पच्चीस हजार मात्र

चालान में लेखाशीर्षक की पुष्टि करने वाले
विभागीय अधिकारी के हस्ताक्षर मुहर सहित

जमाकर्ता का नाम व हस्ताक्षर

केवल उपकोषागार/बैंक के प्रयोगार्थ

चालान संख्या..... अंको में रू0

दिनांक शब्दों में रू0

चालान संख्या
दिनांक

प्राप्त किया
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर उपकोषागार/
बैंक की मुहर सहित