उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी

5, सर्वपल्ली, माल एवेन्यू रोड, लखनऊ - 226001

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

पत्रांक सं0 6832/20 दिनांक 23/12/2020

अति आवश्यक / महत्वपूर्ण

सेवा में,

प्रधानाचार्य / प्रबन्धक,
समस्त नर्सिंग एवं पैरामेडिकल प्रशिक्षण केंन्द्र,
उत्तर प्रदेश।

विषय–समस्त जी0एन0एम0, ए0एन0एम0, लैब टेक्नीशियन, एक्स–रे टेक्नीशियन, रेडियोथेरेपी टेक्नीशियन एवं फार्मेसी सहित समस्त पैरामेडिकल प्रशिक्षणों के फरवरी / मार्च–2021 की मुख्य / पूरक परीक्षा के सम्बन्ध में।

महोदय / महोदया,

आपको अवगत कराना है, कि समस्त जी0एन0एम0, ए0एन0एम0, लैब टेक्नीशियन, एक्स–रे टेक्नीशियन, रेडियोथेरेपी टेक्नीशियन एवं फार्मेसी सहित समस्त पैरामेडिकल प्रशिक्षणों के परीक्षा फरवरी / मार्च–2021 में आयोजित करायी जायेगी। परीक्षा में बैठने वाले अर्ह छात्र / छात्राओं की सूची संलग्न प्रोफार्मा में आमंत्रित की जाती है। आपके प्रशिक्षण केंन्द्र से आमंत्रित छात्र / छात्राओं की सूची में इन्रोलमेंट नंबर, पूर्व में आवंटित अनुक्रमांक, छात्र / छात्रा का नाम, पिता का नाम एवं माता का नाम स्पष्ट रूप से लिखा होना आवश्यक है। पूरक परीक्षा में सम्मिलित होने वाले अभ्यर्थियों की अलग से सूची बनाकर परीक्षा शुल्क जमा करें। परीक्षा में सम्मिलित होने वाले सभी अर्ह अभ्यर्थियों का परीक्षा शुल्क एवं अन्तिम वर्ष परीक्षा में सम्मिलित होने वाले परीक्षार्थियों का रजिस्ट्रेशन शुल्क इस कार्यालय में निम्नानुसार दिनांक **20.01.2021** तक जमा किया जाना सुनिश्चित करें।

नर्सिंग (जी0एन0एम0 / ए0एन0एम0)

नर्सिंग परीक्षा फरवरी / मार्च–2021 के छात्र / छात्रों के निम्नलिखित परीक्षा शुल्क ₹ 3500 / – प्रति अभ्यर्थी की दर से कुल फीस का एक बैंक ड्राफ्ट "सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ" के पक्ष में देय होगा एवं रजिस्ट्रेशन शुल्क ₹ 1250 / –प्रति अभ्यर्थी की दर से कुल फीस का एक बैंक ड्राफ्ट "रजिस्ट्रार, उ0प्र0 नर्सेज एवं मिडवाइब्ज कौंसिल, लखनऊ" के पक्ष में देय होगा।

1. जी0एन0एम0 एवं ए0एन0एम0 परीक्षा शुल्क – ₹ 3,500.00 प्रति अभ्यर्थी की दर से।
2. रजिस्ट्रेशन शुल्क – ₹ 1,000.00 प्रति अभ्यर्थी की दर से।
3. स्मार्ट कार्ड शुल्क – ₹ 250.00 प्रति अभ्यर्थी की दर से।

पैरामेडिकल प्रशिक्षण–

पैरामेडिकल की परीक्षा फरवरी / मार्च–2021 के छात्र / छात्रों के निम्नलिखित परीक्षा शुल्क ₹ 2500 / –प्रति अभ्यर्थी की दर से कुल फीस का एक बैंक ड्राफ्ट एवं रजिस्ट्रेशन शुल्क ₹ 1750 / –प्रति अभ्यर्थी की दर से कुल फीस का एक बैंक ड्राफ्ट "सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ" के पक्ष में ही देय होगा।

1. पैरामेडिकल परीक्षा शुल्क – ₹ 2500.00 प्रति अभ्यर्थी की दर से।
2. रजिस्ट्रेशन शुल्क – ₹ 1500.00 प्रति अभ्यर्थी की दर से।
3. स्मार्ट कार्ड शुल्क – ₹ 250.00 प्रति अभ्यर्थी की दर से।

............02

<u>फरवरी / मार्च 2020–21 में प्रवेशित जी0एन0एम0 एवं ए0एन0एम0 छात्र / छात्राओं के इनरोलमेन्ट सूची एवं शपथ–पत्र के साथ निम्नलिखित शुल्क का एक बैंक ड्राफ्ट "सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ" के पक्ष में ही देय होगा।</u>

1. प्रथम वर्ष की परीक्षा शुल्क – ₹ 3500.00 प्रति अभ्यर्थी की दर से।
2. बुकलेट एवं आई0डी0 शुल्क – ₹ 500.00 प्रति अभ्यर्थी की दर से।

<u>पैरामेडिकल अभ्यर्थियों के इनरोलमेन्ट सूची एवं शपथ–पत्र के साथ निम्नलिखित शुल्क का एक बैंक ड्राफ्ट "सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ" के पक्ष में ही देय होगा।</u>

1. प्रथम वर्ष की परीक्षा शुल्क – ₹ 2500.00 / –प्रति अभ्यर्थी की दर से।
2. आई0डी0 शुल्क – ₹ 250.00 / –प्रति अभ्यर्थी की दर से।

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 देख सकते है। अभ्यर्थियों के पंजीकरण मार्कशीट एवं डिप्लोमा उनकी अपलोड ई–मेल पर प्रेषित कर दिये जायेगें।

परीक्षा शुल्क एवं रजिस्ट्रेशन शुल्क कार्यालय द्वारा निर्धारित नये प्रोफार्मा में सूची हाईस्कूल प्रमाण–पत्र के अनुसार अंग्रेजी में टंकित कराकर समायानुसार 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 केंन्द्र की होगी। परीक्षा सम्बन्धी किसी भी लापरवाही पर मान्यता / सम्बद्धता को निरस्त करने पर विचार किया जा सकता है।

संलग्न–शुल्क जमा करने का प्रोफार्मा।

भवदीय,

सचिव,
उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी।

शपथ–पत्र का प्रारूप रूपये 100/– के स्टाम्प पेपर पर नोटरी सहित

समक्ष–सचिव, उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ

शपथ–पत्र

1. मैं ....(स्वयं का नाम एवं पद नाम लिखें) ....शपथपूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था .... (संस्था का नाम एवं कोड संख्या) ....के द्वारा नर्सिंग/पैरामेडिकल डिप्लोमा (...................(कोर्स का नाम लिखें) ....) में प्रवेशित/इनरोल्ड समस्त अभ्यर्थियों के शैक्षिक प्रमाण–पत्र, निर्धारित विषय, बोर्ड की समकक्षता एवं जन्मतिथि का सत्यापन मेरे द्वारा भली–भांति किया गया है, जो सत्य एवं सही है। उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी की वेबसाइट पर सेण्टर लॉगिन पैनल पर की गयी इनरोलमेन्ट इंट्री को भी सत्यापित करता हूँ/करती हूँ।
2. मैं बचन देता हूँ/देती हूँ कि भविष्य में अभ्यर्थियों के शैक्षिक प्रमाण–पत्र, बोर्ड की समकक्षता एवं जन्मतिथि संबंधी किसी भी प्रकार की त्रुटि/गलत पाया जाता है तो उसकी समस्त जिम्मेदारी स्वयं मेरे संस्थान की होगी।
3. संस्थान द्वारा उपलब्ध कराये गये इनरोल्ड डाटा गलत/त्रुटिपूर्ण पाया जाता है तो संस्थान के विरूद्ध जो भी कार्यवाही/दिशा–निर्देश उ0प्र0 मेडिकल फैकल्टी द्वारा जारी किये जायेंगे उसका संस्थान अक्षरांशः पालन करेगा एवं उसकी पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी।

(प्रबन्धक/सक्षम प्राधिकारी)
हस्ताक्षर एवं पूरा नाम, पता एवं
मोबाइल नम्बर

(प्रधानाचार्य)
हस्ताक्षर एवं पूरा नाम, पता एवं
मोबाइल नम्बर

U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW

(NURSING EXAMINATION FEES/ INTERNSHIP FEE FORM)

FOR OFFICE USE ONLY
RECEIPT NO. :
DATE :
SIGN. :

DATE : ________

BATCH : Month ________ Year__________

CENTER CODE			
CENTER NAME			
CONTACT PERSON		**CONTACT NO.**	

Course	No. of Candidates				Examination Fee (Per Candidate)	Total Amount
	Ist Year	IInd Year	IIIrd Year	Total		
G.N.M.					3500.00	
A.N.M.					3500.00	
INTERNSHIP FEE					1250.00	
GRAND TOTAL						

DEMAND DRAFT DETAILS

Sr. No.	Bank Name	DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
TOTAL				

CASH

X 2000	
X 500	
X 200	
X 100	
X 50	
X 10	
TOTAL	

NOTE- 1. Form to be filled 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

U.P. NURSES & MIDWIVES COUNCIL, LUCKNOW

(NURSING REGISTRATION FEES FORM)

FOR OFFICE USE ONLY
RECEIPT NO. :
DATE :
SIGN. :

DATE : ________

BATCH : Month ________ Year__________

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.		1000.00		250.00		
A.N.M.		1000.00		250.00		
GRAND TOTAL						

DEMAND DRAFT DETAILS				
Sr. No.	Bank Name	DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
TOTAL				

CASH	
X 2000	
X 500	
X 200	
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

U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW

(PARAMEDICAL EXAMINATION FEES FORM)

FOR OFFICE USE ONLY
RECEIPT NO. :
DATE :
SIGN. :

DATE : ________

BATCH : Month ________ Year________

CENTER CODE		
CENTER NAME		
CONTACT PERSON		CONTACT NO.

Course	No. of Candidates			Examination Fee (Per Candidate)	Total Amount
	Ist Year	Final Year	Total		
DIPLOMA IN ACUPUNCTURE				2500.00	
DIPLOMA IN ANASTHESIA AND CRITICAL CARE TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN AUDIO AND SPEECH THERAPY TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN BCG TECHNICIAN AND TUBERCULOSIS PROGRAM MANAGEMENT				2500.00	
DIPLOMA IN BLOOD TRANSFUSION TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN BURN AND PLASTIC SURGERY TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN C.T. SCAN TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN CARDIOLOGY TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN CLINICAL AND THERAPEUTIC NUTRITIONIST COURSE				2500.00	
DIPLOMA IN DIALYSIS TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN EMERGENCY & TRAUMA CARE TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN HOSPITAL AND DOMICILIARY CARE ASSITANT				2500.00	
DIPLOMA IN HOSPITAL RECORD KEEPING				2500.00	
DIPLOMA IN INTERVENTION RADIOLOGY				2500.00	
DIPLOMA IN LAB TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN M.R.I. TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN MEDICAL TRANSCRIPTION AND TYPING				2500.00	
DIPLOMA IN MINIMAL ACCESS SURGICAL TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN NEONATAL CARE TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN O. T. TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN OPTOMETRY				2500.00	
DIPLOMA IN OPTOMETRY (BRIDGE COURSE)				2500.00	
DIPLOMA IN ORTHOPAEDIC AND PLASTER TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN ORTHOPTICS				2500.00	
DIPLOMA IN ORTHOTIC AND PROSTHETIC TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN PHYSIOTHERAPY				2500.00	
DIPLOMA IN RADIO THERAPY TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN RESPIRATORY TECHNICIAN				2500.00	
DIPLOMA IN SANITATION				2500.00	
DIPLOMA IN X-RAY TECHNICIAN				2500.00	
CERTIFICATE IN BABY NURSING & CHILD CARE				300.00	
CERTIFICATE IN EMERGENCY & TRAUMA CARE ASSISTANT				2500.00	
GRAND TOTAL					

DEMAND DRAFT DETAILS				
Sr. No.	Bank Name	DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
TOTAL				

CASH	
X 2000	
X 500	
X 200	
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

U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW
(NEW ENROLLMENT FEES FORM)

FOR OFFICE USE ONLY
RECEIPT NO. :
DATE :
SIGN. :

DATE: ______________

BATCH: Month ______________ Year___________

CENTER CODE			
CENTER NAME			
CONTACT PERSON		CONTACT NO.	

Courses	No. of Candidates	Enrollment Smart Card Fee (Per Candidate)	Examination Fee (Per Candidate)	Total Amount
DIPLOMA IN ACUPUNCTURE		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN ANASTHESIA AND CRITICAL CARE TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN AUDIO AND SPEECH THERAPY TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN BCG TECHNICIAN AND TUBERCULOSIS PROGRAM MANAGEMENT		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN BLOOD TRANSFUSION TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN BURN AND PLASTIC SURGERY TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN C.T. SCAN TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN CARDIOLOGY TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN CLINICAL AND THERAPEUTIC NUTRITIONIST COURSE		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN DIALYSIS TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN EMERGENCY & TRAUMA CARE TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN HOSPITAL AND DOMICILIARY CARE ASSITANT		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN HOSPITAL RECORD KEEPING		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN INTERVENTION RADIOLOGY		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN LAB TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN M.R.I. TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN MEDICAL TRANSCRIPTION AND TYPING		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN MINIMAL ACCESS SURGICAL TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN NEONATAL CARE TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN O. T. TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN OPTOMETRY		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN OPTOMETRY (BRIDGE COURSE)		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN ORTHOPAEDIC AND PLASTER TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN ORTHOPTICS		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN ORTHOTIC AND PROSTHETIC TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN PHYSIOTHERAPY		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN RADIO THERAPY TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN RESPIRATORY TECHNICIAN		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN SANITATION		250.00	2500.00	
DIPLOMA IN X-RAY TECHNICIAN		250.00	2500.00	
CERTIFICATE IN BABY NURSING & CHILD CARE		250.00	300.00	
CERTIFICATE IN EMERGENCY & TRAUMA CARE ASSISTANT		250.00	2500.00	
GRAND TOTAL				

Courses	No. of Candidates	Guidelines & Syllabus Booklet + Enrollment Smart Card Fee (Per Candidate)	Guidelines & Syllabus Booklet + Enrollment Smart Card Fee Amount	Examination Fee (Per Candidate)	Examination Fee Amount	Total Amount
G.N.M.		500.00		3500.00		
A.N.M.		500.00		3500.00		
GRAND TOTAL						

DEMAND DRAFT DETAILS				
Sr. No.	Bank Name	DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
TOTAL				

CASH	
X 2000	
X 500	
X 200	
X 100	
X 50	
X 10	
TOTAL	

NOTE- **1. Form to be filled 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

U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW

(PARAMEDICAL 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	Amount (Per Candidate)	Registration Fee Amount	Smart Card Fee (Per Candidate)	Smart Card Fee Amount	Total Amount
DIPLOMA IN ACUPUNCTURE		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN ANASTHESIA AND CRITICAL CARE TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN AUDIO AND SPEECH THERAPY TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN BCG TECHNICIAN AND TUBERCULOSIS PROGRAM MANAGEMENT		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN BLOOD TRANSFUSION TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN BURN AND PLASTIC SURGERY TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN C.T. SCAN TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN CARDIOLOGY TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN CLINICAL AND THERAPEUTIC NUTRITIONIST COURSE		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN DIALYSIS TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN EMERGENCY & TRAUMA CARE TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN HOSPITAL AND DOMICILIARY CARE ASSITANT		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN HOSPITAL RECORD KEEPING		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN INTERVENTION RADIOLOGY		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN LAB TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN M.R.I. TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN MEDICAL TRANSCRIPTION AND TYPING		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN MINIMAL ACCESS SURGICAL TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN NEONATAL CARE TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN O. T. TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN OPTOMETRY		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN OPTOMETRY (BRIDGE COURSE)		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN ORTHOPAEDIC AND PLASTER TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN ORTHOPTICS		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN ORTHOTIC AND PROSTHETIC TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN PHYSIOTHERAPY		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN RADIO THERAPY TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN RESPIRATORY TECHNICIAN		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN SANITATION		1500.00		250.00		
DIPLOMA IN X-RAY TECHNICIAN		1500.00		250.00		
CERTIFICATE IN BABY NURSING & CHILD CARE		500.00		250.00		
CERTIFICATE IN EMERGENCY & TRAUMA CARE ASSISTANT		1500.00		250.00		
GRAND TOTAL						

DEMAND DRAFT DETAILS				
Sr. No.	Bank Name	DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
TOTAL				

CASH	
X 2000	
X 500	
X 200	
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

U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW

(NURSING/PARAMEDICAL AFFILIATION FEES FORM)

FOR OFFICE USE ONLY
RECEIPT NO. :
DATE :
SIGN. :

DATE : ________

FY : 20 ___ To 20___

CENTER CODE			
CENTER NAME			
CONTACT PERSON		CONTACT NO.	

Nursing Courses	Amount (@ Per No. of Approved Seats)	Total Amount
AUXILIARY NURSE & MIDWIFE / H.W. (FEMALE)	1500.00 X	
DIPLOMA IN GENERAL NURSING & MIDWIFERY	1500.00 X	
Paramedical Courses	**Amount (Per Course)**	
DIPLOMA IN ACUPUNCTURE	15,000.00	
DIPLOMA IN ANASTHESIA AND CRITICAL CARE TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN AUDIO AND SPEECH THERAPY TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN BCG TECHNICIAN AND TUBERCULOSIS PROGRAM MANAGEMENT	15,000.00	
DIPLOMA IN BLOOD TRANSFUSION TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN BURN AND PLASTIC SURGERY TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN C.T. SCAN TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN CARDIOLOGY TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN CLINICAL AND THERAPEUTIC NUTRITIONIST COURSE	15,000.00	
DIPLOMA IN DIALYSIS TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN EMERGENCY & TRAUMA CARE TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN HOSPITAL AND DOMICILIARY CARE ASSITANT	15,000.00	
DIPLOMA IN HOSPITAL RECORD KEEPING	15,000.00	
DIPLOMA IN INTERVENTION RADIOLOGY	15,000.00	
DIPLOMA IN LAB TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN M.R.I. TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN MEDICAL TRANSCRIPTION AND TYPING	15,000.00	
DIPLOMA IN MINIMAL ACCESS SURGICAL TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN NEONATAL CARE TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN O. T. TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN OPTOMETRY	15,000.00	
DIPLOMA IN OPTOMETRY (BRIDGE COURSE)	15,000.00	
DIPLOMA IN ORTHOPAEDIC AND PLASTER TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN ORTHOPTICS	15,000.00	
DIPLOMA IN ORTHOTIC AND PROSTHETIC TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN PHYSIOTHERAPY	15,000.00	
DIPLOMA IN RADIO THERAPY TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN RESPIRATORY TECHNICIAN	15,000.00	
DIPLOMA IN SANITATION	15,000.00	
DIPLOMA IN X-RAY TECHNICIAN	15,000.00	
Paramedical Certificate Courses	**Amount (@Per Academic Session)**	
CERTIFICATE IN BABY NURSING & CHILD CARE	10,000.00	
CERTIFICATE IN EMERGENCY & TRAUMA CARE ASSISTANT	15,000.00	
GRAND TOTAL		

DEMAND DRAFT DETAILS

Sr. No.	Bank Name	DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
TOTAL				

CASH

X 2000	
X 500	
X 200	
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