

प्रपत्र : ग

वर्ष 2014-15 के दौरान भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी में पराचिकित्सा प्रशिक्षण पाठ्यक्रमों पर सूचना के संग्रहण हेतु

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र का नाम :

चिकित्सा पद्धति:

(कृपया (√) निशान लगाएं)

क्र.सं.	संस्था का नाम और पूरा पता	पाठ्यक्रम का नाम	स्वामित्व राज्य सरकार/स्थानीय निकाय	जिस निकाय से संबद्ध हैं, उसका नाम	पाठ्यक्रम को मान्यता देने वाले निकाय का नाम	प्रवेश हेतु अपेक्षित न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता	पाठ्यक्रम की अवधि	2014-15 के दौरान प्रवेश क्षमता	2014-15 के दौरान उत्तीर्ण होने वाले छात्रों की कुल संख्या	छात्रावास क्षमता		
										पुरुष	महिला	योग
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
(क) कम्पाउंडर्स हेतु प्रशिक्षण पाठ्यक्रम												
(ख) नर्सों हेतु प्रशिक्षण पाठ्यक्रम												
(ग) फार्मासिस्टों हेतु प्रशिक्षण पाठ्यक्रम												
(घ) अन्य पाठ्यक्रम (कृपया विनिर्दिष्ट करें)												

टिप्पणी: प्रत्येक चिकित्सा पद्धति के लिए पृथक पत्रक लगाए जाने अपेक्षित हैं।

दिनांक:

हस्ताक्षर और मुहर

नाम

फोन/मोबा.

ई-मेल आईडी

