

**प्रपत्र - I**

**शैक्षणिक वर्ष 2014-15 के दौरान आयुष स्नातकपूर्व चिकित्सा कॉलेजों संबंधी सूचना**  
(आयुर्वेद, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी में स्नातकपूर्व पाठ्यक्रम आयोजित करने के लिए आयुष मंत्रालय, भारत सरकार/  
भारतीय चिकित्सा केंद्रीय परिषद (सीसीआईएम)/केंद्रीय होम्योपैथी परिषद (सीसीएच), नई दिल्ली द्वारा मान्यता प्राप्त)

**भाग क - मूल सूचना**

क.1 (i) कॉलेज का नाम और पूरा डाक पता (पिन सहित)

(ii) संपर्क किए जाने वाले व्यक्ति का नाम और पदनाम :

(iii) टेलीफोन/फैक्स नं.:

(iv) वेबसाइट का पता एव ईमेल आईडी:

क.2 कॉलेज स्थापना वर्ष:

क.3 स्वामित्व

(उपयुक्त श्रेणी पर (√) निशान लगा दें):

सरकार		स्वायत्त	स्थानीय निकाय	निजी	
केन्द्र सरकार	राज्य सरकार			सरकारी सहायता प्राप्त	गैर सरकारी सहायता प्राप्त

क.4 कॉलेज जिस विश्वविद्यालय से संबद्ध है उसका नाम :

क.5 क्या कॉलेज अपने भवन में है या किराए के भवन में (कृपया (√) लगाएं):

अपने	किराए के
------	----------

क.6 स्नातकपूर्व छात्रावास, यदि कोई हो, की क्षमता (छात्रों की संख्या के अनुसार) :

पुरुष	
महिला	
योग	

क.7 संबद्ध फार्मसी, यदि कोई हो, का नाम व पूरा पता:

क.8 कॉलेज में स्नातकपूर्व पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु दिए गए विज्ञापन का महीना:

क.9 विभिन्न स्नातकपूर्व पाठ्यक्रमों हेतु छात्रों के चयन का तरीका:

**भाग ख - वित्तीय संसाधन और व्यय**

ख.1 (i) क्या आपके कॉलेज/संस्था को सरकार द्वारा सहायता दी गई थी?

(कृपया (√) निशान लगाएं):

(केवल निजी कॉलेजों के लिए लागू)

हां	नहीं
-----	------

(ii) यदि ऊपर उत्तर 'हां' है तो वर्ष 2014-15 के दौरान प्राप्त सहायता की राशि और उसका प्रयोजन :

	प्रयोजन:
--	----------

ख.2 वित्तीय संसाधन और कॉलेज तथा संबद्ध शिक्षण अस्पताल पर 2014-15 के दौरान किया गया व्यय

(यह ब्लॉक अनिवार्यतः भरा जाना चाहिए, यदि लेखों को अंतिम रूप न दिया जा सका हो तो अनन्तिम आंकड़े दिए जाएं)

(रुपयों में)

वित्तीय संसाधन				किया गया व्यय
केंद्रीय सहायता	राज्य सहायता	आंतरिक संसाधन	योग	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ख.3 छात्रों को दिए गए वजीफ/वृत्तियां

(रुपयों में)

क्र.सं.	वजीफों/वृत्तियों के नाम	वजीफों/वृत्तियों की संख्या	प्रत्येक छात्र को प्रतिवर्ष दी गई राशि
1			
2			
3			

**भाग ग – शिक्षा**

ग.1 कॉलेज में पढ़ाई जा रही चिकित्सा पद्धति (कृपया √ निशान लगाएं)

आयुर्वेद	यूनानी	सिद्ध	योग	प्रा.चिकि.	होम्योपैथी
----------	--------	-------	-----	------------	------------

ग.2. स्नातकपूर्व पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु निर्धारित न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता और अंकों का प्रतिशत, यदि कोई हो: \_\_\_\_\_

ग.3 पाठ्यक्रम की अवधि: \_\_\_\_\_

ग.4 (i) क्या कॉलेजों को 2014-15 के दौरान स्नातकपूर्व पाठ्यक्रम में छात्र को प्रवेश देने के लिए सीसीआईएम/सीसीएच द्वारा अनुमति दी गई है (कृपया √ निशान लगाएं)

हां	नहीं
-----	------

(ii) यदि ऊपर (i) में उत्तर 'नहीं' हो तो उसके कारण बताएं:

ग.5. प्रस्तुत किए गए स्नातकपूर्व पाठ्यक्रमों का विवरण:

क्र.सं.	पाठ्यक्रम का नाम	पाठ्यक्रम शुरू करने का वर्ष	प्रवेश क्षमता		
			पुरुष	महिला	योग
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

ग.6 कृपया छात्रों की श्रेणीवार सूचना प्रस्तुत करें (सभी स्नातकपूर्व पाठ्यक्रमों के लिए)

पर सूचना	सामान्य		अनु.जा.		अनु.ज.जा.		अ.पि.व.		अन्य		योग	
	पु.	महि.	पु.	महि.	पु.	महि.	पु.	महि.	पु.	महि.	पु.	महि.

6.1 वर्ष 2014-15 के दौरान पाठ्यक्रमों के प्रथम वर्ष के लिए प्रवेश क्षमता, अनुमत्त सीटों की संख्या और प्रवेश दिए गए छात्रों की संख्या :

(i) प्रवेश क्षमता													
(ii) अनुमत्त सीटों की संख्या													
(iii) प्रविष्ट छात्रों की संख्या													

6.2 2014-15 के दौरान पाठ्यक्रम की अंतिम परीक्षा में बैठने वाले और उत्तीर्ण होने वाले छात्रों की संख्या :

(i) अंतिम परीक्षा में बैठने वाले छात्रों की संख्या													
(ii) अंतिम परीक्षा में उत्तीर्ण होने वाले छात्रों की संख्या													

6.3 2014-15 के दौरान पाठ्यक्रम के बीच में ही पढ़ाई छोड़ने वाले छात्रों की संख्या

संस्था से निष्कासित किए गए छात्रों की संख्या													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ग.7 01.04.2015 की शिक्षण जनशक्ति की स्थिति:

श्रेणी	मंजूर नफरी					योग	तैनात व्यक्ति					योग
	सामान्य	अनु.जा.	अनु.ज.जा.	अन्य	सामान्य		अनु.जा.	अनु.ज.जा.	अन्य			
1. प्रोफेसर(प्रधानाचार्य सहित)												
2. एसोसिएट प्रोफेसर/रीडर												
3. सहायक प्रोफेसर/लेक्चरर												
4. प्रदर्शक (डिमांस्ट्रेटर)												
5. अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें)												

ग.8 प्रयोगशाला सुविधाओं का विवरण:

क्र.सं.	प्रयोगशाला का नाम	क्षमता (उस समय छात्रों की संख्या के अनुसार)
1		
2		
3		
4		

**भाग घ – संबद्ध शिक्षण अस्पताल**

घ.1 संबद्ध अस्पताल का नाम एवं पूरा पता:

घ.2 क्या इस अस्पताल से अन्य कॉलेज/संस्थाएं भी संबद्ध हैं?

हां	नहीं
-----	------

घ.3 स्वामित्व (कृपया (√) निशान लगाएं):

सरकारी	स्थानीय निकाय	अन्य
--------	---------------	------

घ.4 01.04.2015 को अस्पताल में बिस्तरों की विभाग वार संख्या :

क्र.सं.	विभाग का नाम	बिस्तरों की मंजूर संख्या	स्थापित बिस्तरों की संख्या
1			
2			
3			
4			
5			

घ.5 वर्ष 2014-15 के दौरान उपचार किए गए रोगियों की विभाग वार संख्या:

क्र.सं.	विभाग का नाम	बहिरंग विभाग में उपाचार दिए गए रोगियों की संख्या	उपचारित अंतरंग रोगियों की संख्या
1			
2			
3			
4			
5			

घ.6 01.04.2015 को अस्पताल में जनशक्ति:

क्र.सं.	श्रेणी	मंजूर नफरी	तैनात व्यक्ति
1	चिकित्सा अधिकारी		
2	परा चिकित्सा स्टाफ		
3	अन्य		

घ.7 अस्पताल में उपलब्ध नैदानिक सुविधाएं:

- (i)
- (ii)
- (iii)

घ.8 अस्पताल में उपलब्ध विशेषज्ञता प्राप्त उपचार :

- (i)
- (ii)
- (iii)

टिप्पणी: जहां पूरी सूचना देने के लिए पर्याप्त जगह न हो तो कृपया पृथक पत्रक (पत्रकों) का प्रयोग करें।  
पत्रक भरते समय कृपया पिछले पृष्ठ पर दी गई श्रेणी संबंधी स्पष्टीकरणों का अनुपालन करें।

दिनांक :

हस्ताक्षर और मुहर

नाम :

दूरभाष (का.)

(नि.)

**प्रपत्र भरने के लिए कुछ विशेष श्रेणियों पर स्पष्टीकरण**

(1) स्थानीय निकाय का अभिप्राय: उस निकाय से है जो 'स्थानीय स्व-शासन' अर्थात् शहरी स्थानीय निकायों (नगर पंचायत, नगर पालिकाएं, शहरी नगर निगम इत्यादि); पंचायती राज संस्थाओं (जिला पंचायतें, ब्लॉक/तालुका पंचायतें, ग्राम पंचायतें); भारत के संविधान की पांचवीं अनुसूची द्वारा अधिसूचित अनुसूचित क्षेत्रों के अधीन गठित स्थानीय निकायों; भारत के संविधान की छठी अनुसूची द्वारा अधिसूचित स्वायत्त जिला परिषदों एवं स्वायत्त क्षेत्रीय परिषदों तथा राज्य विधानों इत्यादि द्वारा अधिसूचित स्वायत्त परिषदों/स्थानीय निकायों के तत्वावधान में गठित किया गया हो।

(2) "सरकारी" एवं "स्थानीय निकायों" की श्रेणियों में न आने वाले अस्पताल "अन्यों" में शामिल किए जाएंगे। सहायता अनुदान प्राप्त करने वाले अथवा न प्राप्त करने वाले निजी रूप से प्रबंधित अस्पताल, शिक्षण प्रयोजनों हेतु गैर सरकारी आयुष कॉलेजों से संबद्ध अस्पताल, स्वैच्छिक संगठनों (गैर सरकारी संगठनों इत्यादि) के नियंत्रणाधीन अस्पताल, न्यास, सिविल सोसायटियां इत्यादि भी "अन्य" शीर्षक के अधीन ही शामिल की जाएं।

शैक्षणिक वर्ष 2014-15 के दौरान आयुष स्नातकोत्तर चिकित्सा कॉलेजों संबंधी सूचना

(आयुर्वेद, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम आयोजित करने के लिए आयुष मंत्रालय, भारत सरकार/  
भारतीय चिकित्सा केंद्रीय परिषद (सीसीआईएम)/केंद्रीय होम्योपैथी परिषद (सीसीएच), नई दिल्ली द्वारा मान्यता प्राप्त)

**भाग क - मूल सूचना**

क.1 (i) कॉलेज का नाम और पूरा डाक पता (पिन सहित)

(ii) संपर्क किए जाने वाले व्यक्ति का नाम और पदनाम :

(iii) टेलीफोन/फैक्स नं.:

(iv) वेबसाइट का पता एव ईमेल आईडी:

क.2 कॉलेज स्थापना वर्ष:

क.3 स्वामित्व

(उपयुक्त श्रेणी पर (√) निशान लगा दें):

सरकार		स्वायत्त	स्थानीय निकाय	निजी	
केन्द्र सरकार	राज्य सरकार			सरकारी सहायता प्राप्त	गैर सरकारी सहायता प्राप्त

क.4 कॉलेज जिस विश्वविद्यालय से संबद्ध है उसका नाम :

क.5 क्या कॉलेज अपने भवन में है या किराए के भवन में (कृपया (√) लगाएं):

अपने	किराए के
------	----------

क.6 स्नातकोत्तर छात्रावास, यदि कोई हो, की क्षमता (छात्रों की संख्या के अनुसार) :

पुरुष	
महिला	
योग	

क.7 संबद्ध फार्मसी, यदि कोई हो, का नाम व पूरा पता (केवल स्नातकोत्तर कॉलेजों के लिए लागू):

क.8 कॉलेज में स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु दिए गए विज्ञापन का महीना:

क.9 विभिन्न स्नातकोत्तर पाठ्यक्रम हेतु छात्रों के चयन का तरीका:

**भाग ख - वित्तीय संसाधन और व्यय**

ख.1 (i) क्या आपके कॉलेज/संस्था को सरकार द्वारा सहायता दी गई थी? (कृपया (√) निशान लगाएं):

हां	नहीं
-----	------

(केवल निजी कॉलेजों के लिए लागू)

(ii) यदि ऊपर उत्तर 'हां' है तो वर्ष 2014-15 के दौरान प्राप्त सहायता की राशि और उसका प्रयोजन :

	प्रयोजन:
--	----------

ख.2 वित्तीय संसाधन और कॉलेज तथा संबद्ध शिक्षण अस्पताल पर 2014-15 के दौरान किया गया व्यय

(यह ब्लॉक अनिवार्यतः भरा जाना चाहिए, यदि लेखों को अंतिम रूप न दिया जा सका हो तो अनन्तिम आंकड़े दिए जाएं)

(केवल स्नातकोत्तर कॉलेजों के लिए लागू):

(रुपयों में)

वित्तीय संसाधन				किया गया व्यय
केंद्रीय सहायता	राज्य सहायता	आंतरिक संसाधन	योग	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ख.3 छात्रों को दिए गए वजीफे/वृत्तियां

(रुपयों में)

क्र.सं.	वजीफों/वृत्तियों के नाम	वजीफों/वृत्तियों की संख्या	प्रत्येक छात्र को प्रतिवर्ष दी गई राशि
1			
2			
3			



**भाग घ – संबद्ध शिक्षण अस्पताल (केवल स्नातकोत्तर कॉलेजों के लिए लागू)**

घ.1 संबद्ध अस्पताल का नाम एवं पूरा पता:

घ.2 क्या इस अस्पताल से अन्य कॉलेज/संस्थाएं भी संबद्ध हैं?

हां	नहीं
-----	------

घ.3 संबद्ध अस्पताल का स्वामित्व (कृपया (√) निशान लगाएं):

सरकारी	स्थानीय निकाय	अन्य
--------	---------------	------

घ. दिनांक 4 01.04.2015 को अस्पताल में बिस्तरों की विभाग वार संख्या :

क्र.सं.	विभाग का नाम	बिस्तरों की मंजूर संख्या	स्थापित बिस्तरों की संख्या
1			
2			
3			
4			
5			

घ.5 वर्ष 2014-15 के दौरान उपचार किए गए रोगियों की विभाग वार संख्या:

क्र.सं.	विभाग का नाम	बहिरंग विभाग में उपचार दिए गए रोगियों की संख्या	उपचारित अंतरंग रोगियों की संख्या
1			
2			
3			
4			
5			

घ.6 दिनांक 01.04.2015 को अस्पताल में जनशक्ति की स्थिति:

क्र.सं.	श्रेणी	मंजूर नफरी	तैनात व्यक्ति
1	चिकित्सा अधिकारी		
2	परा चिकित्सा स्टाफ		
3	अन्य		

घ.7 अस्पताल में उपलब्ध नैदानिक सुविधाएं:

- (i)
- (ii)
- (iii)

घ.8 अस्पताल में उपलब्ध विशेषज्ञता प्राप्त उपचार :

- (i)
- (ii)
- (iii)

टिपपण : पूरी सूचना देने के लिए जहां पर्याप्त जगह न हो तो कृपया पृथक पत्रक (पत्रकों) का प्रयोग करें।

प्रपत्र भरते समय कृपया पिछले पृष्ठ पर दी गई श्रेणी संबंधी स्पष्टीकरणों का अनुपालन करें

दिनांक :

हस्ताक्षर और मुहर

नाम :

दूरभाष (का.)

(नि.)

### प्रपत्र भरने के लिए कुछ विशेष श्रेणियों पर स्पष्टीकरण

(1) स्थानीय निकाय का अभिप्राय: उस निकाय से है जो 'स्थानीय स्व-शासन अर्थात् शहरी स्थानीय निकायों (नगर पंचायत, नगर पालिकाएं, शहरी नगर निगम इत्यादि); पंचायती राज संस्थाओं (जिला पंचायतें, ब्लॉक/तालुका पंचायतें, ग्राम पंचायतें); भारत के संविधान की पांचवीं अनुसूची द्वारा अधिसूचित अनुसूचित क्षेत्रों के अधीन गठित स्थानीय निकायों; भारत के संविधान की छठी अनुसूची द्वारा अधिसूचित स्वायत्त जिला परिषदों एवं स्वायत्त क्षेत्रीय परिषदों तथा राज्य विधानों इत्यादि द्वारा अधिसूचित स्वायत्त परिषदों/स्थानीय निकायों के तत्वावधान में गठित किया गया हो।

(2) "सरकारी" एवं "स्थानीय निकायों" की श्रेणियों में न आने वाले अस्पताल "अन्यों" में शामिल किए जाएंगे। सहायता अनुदान प्राप्त करने वाले अथवा न प्राप्त करने वाले निजी रूप से प्रबंधित अस्पताल, शिक्षण प्रयोजनों हेतु गैर सरकारी आयुष कॉलेजों से संबद्ध अस्पताल, स्वैच्छिक संगठनों (गैर सरकारी संगठनों इत्यादि) के नियंत्रणाधीन अस्पताल, न्यास, सिविल सोसायटियां इत्यादि भी "अन्यों" शीर्षक के अधीन ही शामिल की जाएं।