एलाइड एण्ड हेल्थकेयर पाठ्यक्रम डिग्री/डिप्लोमा हेतु आवेदन पत्र वर्ष 2026–27

कार्यालयीन उपयोग हेतु	
आवेदन क्रमांक.....	आवेदन फीस रूपये..... प्राप्त हुई
दिनांक ...../..../.....	ऑनलाइन ट्राजेक्शन क्रमांक.....

आवेदक को आवेदन पत्र का शुल्क राशि रूपये 500/– (सामान्य वर्ग) एवं रूपये 300/– (आरक्षित वर्ग) कांउसलिंग के दौरान ऑनलाइन संस्था के खाते में जमा करना अनिवार्य होगा।

आवेदित पाठ्यक्रम का नाम .....**श्रेणी** .....

स्व–प्रमाणित पासपोर्ट आकार का वर्तमान का फोटो चिपकाएँ

1. आवेदक का पूरा नाम (हिंदी में) .....
2. आवेदक का पूरा नाम (अंग्रेजी के कैपिटल अक्षरों में) .....
3. लिंगः महिला/पुरूष .....
4. पिता/पति का नाम (अग्रेंजी के कैपिटल अक्षरों में) .....

   पिता/पति का नाम (हिन्दी के अक्षरों में) .....
5. माता का नाम (हिन्दी के अक्षरों में) .....

   माता का नाम (अग्रेंजी के कैपिटल अक्षरों में) .....
6. वर्गः UR ☐ ST ☐ SC ☐ OBC ☐ 7. Sub-Category: PWD ☐ FF ☐ MP ☐ EWS ☐ IS ☐

श्रेणी (Category):- अनारक्षित (UR)/ अनुसूचित जाति (SC)/ अनुसूचित जनजाति (ST)/ अन्य पिछड़ा वर्ग (OBC)/ स्वतंत्रता सेनानी (Freedom Fighter)/ दिव्यांग (PWD)/ सैनिक (Military Personnel). (संबंधित श्रेणी पर सही का निशान लगाये)

7. डिजिटल जाति प्रमाण पत्र नम्बर (यदि लागू हो तो) .....
8. स्थायी पूर्ण पता .....

   ..... जिला .....राज्य..... दूरभाष नं .....

   मोबाईल नं ..... ई–मेल .....
9. जन्म तिथि ..... शब्दों में जन्म दिनांक .....

   (आयु दिनांक 31.12.2026) ..... वर्ष ..... माह ..... दिन
10. जन्म स्थान ..... जिला ..... राज्य ..... राष्ट्रीयता .....
11. उम्मीदवार का आधारकार्ड नं.....
12. म.प्र. का. मूल निवासी हैं ☐ नहीं ☐ ..... अगर है तो स्थानीय निवास का जिला .....अगर नही तो राज्य एवं स्थान .....

Scanned with OKEN Scanner

13. स्थानीय अभिभावक का पूरा नाम एवं पता (बाहरी अभ्यार्थियों के लिये) .....

..... दूरभाष ..... मोबाईल नं. .....

14. पिता का व्यवसाय .....माता का व्यवसाय .....पति/पत्नी का व्यवसाय .....एवं परिवार की सम्पूर्ण वार्षिक आय .....

15. शैक्षणिक योग्यता:–

परीक्षा का नाम	बोर्ड का नाम	वर्ष	विषय	कुल अंक	प्राप्तांक	प्रतिशत
हायर सेकेन्डरी (10+2)			जीवविज्ञान : Biology			
			रसायनशास्त्र : Chemistry			
			भौतिकशास्त्र : Physics			
			कुल अंक (PCB)			
			कुल प्राप्तांक(समस्त विषय)			

16. निम्नांकित दस्तावेजों की अभिप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करें:–

क्र.	दस्तावेजों का विवरण
1	आवेदन शुल्क (ड्राफ्ट की मूल प्रति)
2	कक्षा 10 वीं की अंकसूची
3	कक्षा 12 वीं की अंकसूची
4	स्कूल छोड़ने का प्रमाण पत्र (टी.सी)
5	माइग्रेशन प्रमाण पत्र (बोर्ड/विश्वद्यिालय द्वारा जारी)
6	आधार कार्ड
7	मूल निवासी प्रमाण पत्र (अधिकारी द्वारा जारी)
8	जाति प्रमाण–पत्र (आरक्षित वर्ग के लिए)
9	EWS प्रमाण–पत्र (यदि लागू हो)
10	वर्तमान वित्तीय वर्ष का आय प्रमाण–पत्र आरक्षित वर्ग के लिए (सक्षम अधिकारी द्वारा जारी)
11	यदि लागू हो तो निर्धारित प्रोफार्मा में दिव्यांगता प्रमाण पत्र/स्वतंत्रता संग्राम सेनानी का प्रमाण पत्र (जिला कलेक्टर द्वारा जारी)/ सैनिक प्रमाण पत्र
12	गेप सर्टिफिकेट (यदि वर्ष 2026 से पहले 12 वीं कक्षा उत्तीर्ण की हैं)

नोट : सेवारत नियमित शासकीय कर्मचारी को आवेदन–पत्र के साथ निम्न दस्तावेज की छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य है–

1. नियमित सेवानियुक्त आदेश।
2. नियमितीकरण संबंधि आदेश।
3. कार्यभार ग्रहण करने का पत्र (ज्वाईनिंग प्रमाण–पत्र)।
4. अनुमति प्रमाण पत्र (प्रोफॉर्मा–1)

Scanned with OKEN Scanner

//आवेदन संबंधी घोषणा//

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त आवेदन पत्र में मेरे द्वारा दी गई सम्पूर्ण जानकारी पूर्ण एवं सत्य है। यदि इसमें कोई जानकारी अपूर्ण एवं गलत पायी जाती है तो मेरा प्रवेश निरस्त किया जा सकता है तथा मेरे विरूद्ध कार्यवाही की जा सकती है।

नोटः–

1. उक्त आवेदन से मेरिट लिस्ट के आधार पर विभिन्न पाठ्यक्रमों में काउन्सलिंग प्रक्रिया द्वारा प्रवेश लिया जा सकेगा, समस्त पाठ्यक्रमों हेतु एक ही आवेदन प्रस्तुत करना है।
2. काउंसलिंग द्वारा प्रवेश प्रक्रिया के दौरान समस्त मूल दस्तावेजों के साथ, दस्तावेजों की 02 सेट फोटोकॉपी जमा करनी होगी।
3. मैं सत्यापित करता/करती हूँ कि, मेरे द्वारा संस्था के प्रवेश नियमों एवं दिशा निर्देशिका को सावधानीपर्वूक पढ़ एवं समझ लिया है एवं मुझे भली–भाँति ज्ञात है कि मेरे द्वारा जमा किये गये शिक्षण शुल्क आदि की राशि (वापसी योग्य राशि को छोड़कर) के वासपी का दावा किसी भी स्थिति में नही किया जायेगा।

दिनांक ..... पिता/माता/पालक के हस्ताक्षर ..... आवेदक के हस्ताक्षर .....

Scanned with OKEN Scanner

Dr. LNP GOVERNMENT MEDICAL COLLEGE, RATLAM
Gram Banjali, Sailana Road, Ratlam 457001

ACKNOWLEGMENT SLIP (2026-27)

Received admission application Form No .....
from (Name of applicant) .....
Category..... on (Date) ..... and Application fee of Rs..... and Counseling fee of Rs. **500/-** for admission in Allied and Healthcare courses for session 2026-27.

Receiver's Signature & Name

Dr. LNP GOVERNMENT MEDICAL COLLEGE, RATLAM
Gram Banjali, Sailana Road, Ratlam 457001

ACKNOWLEGMENT SLIP (2026-27)

Received admission application Form No .....
from (Name of applicant) .....
Category..... on (Date) ..... and Application fee of Rs..... and Counseling fee of Rs. **500/-** for admission in Allied and Healthcare courses for session 2026-27.

Receiver's Signature & Name

Scanned with OKEN Scanner

प्रोफार्मा–1

एलाइड एण्ड हेल्थकेयर पाठ्यक्रम डिप्लोमा हेतु आवेदन पत्र

(एलाइड एण्ड हेल्थकेयर पाठ्यक्रम सत्र 2026–27 में प्रवेश हेतु)

केवल नियमित विभागीय शासकीय कर्मचारी हेतु

1. श्री/श्रीमती ..... पद ..... नियुक्ति की दिनांक .....
   एवं सेवानिवृत्त होने का दिनांक..... विभाग का नाम .....
   को एलाइड एण्ड हेल्थकेयर पाठ्यक्रम द्वि–वर्षीय डिप्लोमा पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु सहमति दी जाती है।
2. उक्त कर्मचारी को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय की वेबसाइट https://ncahp.abdm.gov.in/Curriculum पर उपलब्ध दिशा–निर्देशों एवं संस्था की नियम–निर्देशिका का अवलोकन करने के पश्चात् सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

सक्षम अधिकारी के हस्ताक्षर

सील एवं मोबाईल नं.....

(अधिष्ठाता/जिला प्रमुख/मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/संचालक)

नोटः– सक्षम अधिकारी यह सुनिश्चित करें कि उक्त प्रशिक्षण कार्यक्रम संबंधित कर्मचारी विभाग के लिए किस प्रकार से लोकहित मे उपयोगी है। उक्त स्वीकृति केवल पैरामेडिकल संवर्ग के कर्मचारियों को ही प्रदान किया जाना है।

Scanned with OKEN Scanner

प्रोफार्मा -2 (अ)

(स्नातक/डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु)

मिलेट्री पर्सन संवर्ग (एम.पी.) हेतु प्रमाण पत्र

भूतपूर्व सैनिक

संदर्भ क्रमांक..... दिनांक.....

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती..... जो डॉ. लक्ष्मीनारायण पाण्डेय शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय रतलाम के एलाइड एण्ड हेल्थकेयर पाठ्यक्रम में प्रवेश के लिये अभ्यर्थी श्री /कुमारी..... के पिता / माता हैं।

थल सेना/वायुसेना/नौसेना के/की एक भूतपूर्व सैनिक हैं। सेवानिवृत्ति / सेवामुक्ति के समय वह..... पद पर थे/थी । उनका सर्विस क्रमांक.....था। सेवा के दौरान वह स्थायी रूप से विकलांग हो गये हैं/ सेवा के दौरान उनकी मृत्यु वर्ष.....में हो चुकी है। वह मध्यप्रदेश के स्थानीय निवासी हैं।

स्थान ..... जिला सैनिक कल्याण अधिकारी के हस्ताक्षर

दिनांक..... .....

(कार्यालय सील)

Scanned with OKEN Scanner

प्रपत्र - 2 (ब)

(स्नातक/डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु)

मध्यप्रदेश में/मध्यप्रदेश के बाहर अन्य राज्य में कार्यरत सैनिक

संदर्भ क्रमांक..... दिनांक.....

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती.....
जो डॉ. लक्ष्मीनारायण पाण्डेय शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम (मध्यप्रदेश) में अलाइड एँड हेल्थकेयर पाठ्यक्रम में प्रवेश के लिये अभ्यर्थी श्री/कुमारी .....के पिता/माता हैं।

अ- थलसेना / वायुसेना / नौसेना में..... पद पर सर्विस क्रमांक..... के अधीन कार्यरत सैनिक हैं और मध्यप्रदेश में स्थित प्रतिरक्षा इकाई में पदस्थ हैं। वह मध्यप्रदेश के स्थानीय निवासी हैं।

अथवा

ब- थलसेना / वायुसेना / नौसेना में..... पद पर सर्विस क्रमांक.....के अधीन कार्यरत सैनिक हैं और वह मध्यप्रदेश राज्य के बाहर स्थित प्रतिरक्षा इकाई में पदस्थ हैं। वह मध्यप्रदेश के स्थानीय निवासी हैं।

अथवा

स- थलसेना / वायुसेना / नौसेना में..... पद पर सर्विस क्रमांक..... के अधीन कार्यरत सैनिक हैं। वह मध्यप्रदेश राज्य के स्थानीय निवासी नहीं हैं परन्तु मध्यप्रदेश में स्थित प्रतिरक्षा इकाई में दिनांक..... से सेवारत हैं।

स्थान..... हस्ताक्षर : ऑफिसर

कमांडिंग.....

दिनांक..... .....

(कार्यालय सील)

Scanned with OKEN Scanner

प्रोफार्मा -2 (स)

(स्नातक / डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु)

भूतपूर्व सैनिक द्वारा स्थायी रूप से मध्यप्रदेश में अधिवासित होने संबंधी प्रमाण पत्र

संदर्भ क्रमांक..... **दिनांक.....**

मेरे समक्ष प्रस्तुत किये गये प्रमाण के आधार पर प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी (उम्मीदवार का नाम).....डॉ. लक्ष्मीनारायण पाण्डेय शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम में अलाइड एँड हेल्थकेयर पाठ्यक्रम में प्रवेश के लिये उम्मीदवार है, श्री/श्रीमती (पिता/माता)..... के/की पुत्र/पुत्री हैं, जो थलसेना/वायुसेना/नौसेना..... पद, सर्विस कमाक..... के अधीन सेवारत रहकर सेवानिवृत्त हुए है अथवा सेवानिवृति के पश्चात / उनकी मृत्यु के पश्चात् उनके परिवारजन.....(स्थान), तहसील..... जिला..... में अधिवासित हो गए है।

स्थान-.....

दिनांक-.....

जिला सैनिक कल्याण अधिकारी के हस्ताक्षर

(कार्यालय सील)

Scanned with OKEN Scanner

प्रोफार्मा - 3

(स्नातक / डिप्लोमा पाठ्यक्रम हेतु)

स्वतंत्रता संग्राम सेनानी प्रवर्ग हेतु प्रमाण पत्र

संदर्भ क्रमांक..... **दिनाक.....**

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री श्रीमती..... जो डॉ. लक्ष्मीनारायण पाण्डेय शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम के एलाइड एण्ड हेल्थकेयर पाठ्यक्रम में प्रवेश के लिये अभ्यर्थी श्री कुमारी .....के पिता/माता है।

तथा

श्री/श्रीमती (अभ्यर्थी के पिता/माता का नाम)..... श्री/ श्रीमती. (स्वतंत्रता संग्राम सेनानी का नाम)..... के पुत्र/पुत्री है।

तथा

श्री/श्रीमती (स्वतंत्रता संग्राम सैनानी का नाम)..... के जिला क्रमांक का नाम मध्यप्रदेश के जिला.....(जिले का नाम) में संधारित स्वतंत्रता संग्राम सेनानी की पंजी में क्रमांक..... पर पंजीकृत है।

स्थान.....

दिनाक-.....

हस्ताक्षर

(जिला कलेक्टर/जिला कलेक्टर द्वारा अधिकृत अधिकारी)

कार्यालय की स्पष्ट मोहर

Scanned with OKEN Scanner

प्रोफार्मा–4

Proforma for EWS Certificate

Government of .....

(Name & Address of the authority issuing the certificate)

INCOME & ASSET CERTIFICATE TO BE PRODUCED BY ECONOMICALLY WEAKER SECTIONS

Certificate No.: ..... Date: .....

VALID FOR THE YEAR 2026-27

This is to certify that Shri/Smt/Kumari ..... son/daughter/wife of ....., permanent resident of ....., Village/Street ....., Post Office ....., District ....., in the State/Union Territory ....., Pin Code ....., whose photograph is attested below, belongs to Economically Weaker Sections, since the gross annual income* of his/her 'family'** is below Rs. 8 lakh (Rupees Eight Lakh only) for the financial year ..... . His/her family does not own or possess any of the following assets**:

I. 5 acres of agricultural land and above;
II. Residential flat of 1000 sq. ft. and above;
III. Residential plot of 100 sq. yards and above in notified municipalities;
IV. Residential plot of 200 sq. yards and above in areas other than the notified municipalities.

2. Shri/Smt./Kumari ..... belongs to the caste which is not recognized as a Scheduled Caste, Scheduled Tribe and Other Backward Classes (Central List).

Signature with seal of Office

Name: .....

Designation: .....

Recent Passport size attested photograph of the applicant

*Note 1: Income covers all sources, i.e. salary, agriculture, business, profession, etc.

**Note 2: The term "Family" for this purpose includes the person who seeks the benefit of reservation, his/her parents and siblings below the age of 18 years, as also his/her spouse and children below the age of 18 years.

***Note 3: The property held by a "Family" in different locations or different places/cities have been clubbed while applying the land or property holding test to determine EWS status.

Scanned with OKEN Scanner