

कार्यालय
मध्यप्रदेश नर्सिंग रजिस्ट्रेशन कौंसिल
भोपाल म0प्र0

क्रमांक / म.प्र.न.र.कौ. / 2015 / 8996

भोपाल दिनांक 22/09/2015

प्रति,

समस्त निजी नर्सिंग स्कूल/कॉलेज

.....
.....

विषय:- अध्यनरत नर्सिंग छात्र-छात्राओं के प्रायोगिक प्रशिक्षण वर्ष 2014-15 एवं 2015-16 के विवरण के संबंध में जानकारी भेजने विषयक

उपरोक्त विषय में लेख है कि आपकी संस्था में अध्यनरत छात्र-छात्राओं को वर्ष 2014-15 एवं 2015-16 में प्रायोगिक प्रशिक्षण किस चिकित्सालय/नर्सिंगहोम से कराया गया है। यह जानकारी अत्यंत आवश्यक है, अतः निम्न प्रारूप के अनुसार वांछित जानकारी पत्र प्राप्ति के 7 दिवस में अनिवार्य रूप से उपलब्ध कराये:-

संस्था का नाम, कोर्स एवं छात्रों की संख्या	वर्ष	संबद्ध चिकित्सालय का नाम/शैयाओं की संख्या	संबद्धता हेतु निर्धारित फीस एवं फीस जमा करने की तिथि	क्लिनिकल प्रशिक्षण तिथि एवं आवंटित समय एवं संख्या कब से कब तक	इंस्ट्रक्टर का नाम
	प्रथम द्वितीय तृतीय चतुर्थ				

जानकारी अनिवार्य रूप से भेजे । जानकारी न भेजने वाली संस्थायें एवं गलत जानकारी देने वाली संस्थाओं पर वैधानिक कार्यवाही की जायेगी ।

Anshu
22/9/15
रजिस्ट्रर,

मध्यप्रदेश नर्सिंग रजिस्ट्रेशन कौंसिल
भोपाल