We Promote N.H.M. Run By Govt. Of India

सी.एम.एस.ई.डी. ग्रामीण स्वास्थ्य शिक्षण संस्थान लखनऊ (उ.प्र.)

Affiliated by - BSS (National Health Agency of India) Code - UP/8134A
Established in 1952
By Planning Commission, Govt. of India, New Delhi
& Affiliated by I.R.M.C. Delhi (Code-IRMCCMS9941) Web. : www.irmc.in

Add: - 101/C, Sanjay Gandhi Puram, Near Lekhraj Metro Station (Faizabad Road), Lucknow- 226016 (U.P.)
Phone: 0522-4958027, Mob: - 9565600144, 7310000213 Email: - rhmpup@gmail.com Web: - www.rhmp.org.in, www.cmseddelhi.in

Ref. : RHMP/60175 Date : 02/04/24

परीक्षा फॉर्म भरने हेतु आवश्यक सूचना

सेवा में,

सत्र-2023-24 (द्वितीय बैच) के समस्त छात्र/छात्रा

विषय- सत्र- 2023-24 (द्वितीय बैच) में अध्ययनरत छात्र/छात्राओं का परीक्षा फॉर्म भरने एवं बकाया फीस जमा करने के सन्दर्भ में-

महोदय,

सत्र-2023-24 (द्वितीय बैच) में अध्ययनरत सभी छात्र/छात्राओं को सूचित किया जाता है आपकी वार्षिक परीक्षा मई से जून माह 2024 में आयोजित होनी है। जिसके लिए आपको अपना परीक्षा फार्म भरकर **दिनाँक- 20 अप्रैल 2024** तक संस्थान के कार्यालय पर जमा करना अनिवार्य है जिसे संस्थान द्वारा **BSS (Bharat Sevak Samaj) National Health Agency of India** को भेजा जाना है। आप परीक्षा फार्म को साफ-साफ कैपिटल लेटर में भरकर अपने पठनीय हस्ताक्षर के साथ निर्धारित तिथि के पहले तक जमा कर दें। जिन छात्र-छात्राओं की पूरी फीस जमा नही है वो अपनी बकाया फीस अविलम्ब जमा करे अन्यथा की स्थिति में उनका नामांकन निलम्बित हो सकता है एवं उन छात्र-छात्राओं का परीक्षा फार्म बोर्ड स्वीकार नही करेगा जिससें वे परीक्षा में सम्मिलित नही हो पायेंगे।

अतः आपको निर्देशित किया जाता है कि परीक्षा फॉर्म को साफ-साफ कैपिटल लैटर में स्वप्रमाणित दस्तावेज की छायाप्रति के साथ स्वयं भर कर रजिस्टर्ड डाक से /स्वंय उपस्थित होकर संस्थान के कार्यालय पर जमा करे । आप द्वारा परीक्षा फॉर्म एवं पूरी फीस समय से जमा नही करने पर संस्थान आपका परीक्षा फॉर्म **BSS (Bharat Sevak Samaj) National Health Agency of India** को भेजने में असमर्थ रहेगा। जिसके कारण आप मई से जून माह में आयोजित होने वाली परीक्षा से वंचित हो सकते है, जिसके लिए आप स्वयं जिम्मेदार होंगे संस्थान की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी ।

फॉर्म के साथ सलंग्न करे-

1. हाईस्कूल का अंकपत्र एवं प्रमाणपत्र (स्वप्रमाणित छायाप्रति)
2. इंटरमीडिएट का अंकपत्र एवं प्रमाणपत्र (स्वप्रमाणित छायाप्रति)
3. चार रंगीन पासपोर्ट साइज फोटो
4. आधारकार्ड (स्वप्रमाणित छायाप्रति)

नोट:-

1. परीक्षा फॉर्म पर जो कॉलम समझ में न आये उसे रिक्त छोड़ दे|
2. निर्धारित **दिनाँक- 20 अप्रैल2024** तक फॉर्म जमा न होने की स्थिति में 1000/- विलम्ब शुल्क के साथ ही फॉर्म स्वीकार किया जायेगा|परीक्षा तिथि निर्धारित होने के बाद आपका परीक्षा फार्म विलम्ब शुल्क के साथ भी स्वीकार नही किया जायेगा, जिससे आप परीक्षा में सम्मिलित नही हो पायेंगे जिसके लिए आप स्वंय जिम्मेदार होंगे।

निर्देशानुसार

उपनिदेशक

सी.एम.एस.ई.डी. ग्रामीण स्वास्थ्य शिक्षण संस्थान

लखनऊ, (उ०प्र०)

BHARAT SEVAK SAMAJ

NATIONAL DEVELOPMENT AGENCY, PROMOTED BY GOVT. OF INDIA

NATIONAL VOCATIONAL EDUCATION MISSION
REGISTRATION CUM EXAMINATION APPLICATION

(FILL UP IN CAPITAL LETTERS)

Passport size photograph of the candidate to be affixed

Date:_______________

Institution Approval Number	
Institution Name & Full Address with Pin Code	
Student name in English	
Date of birth	
Sex	Male / Female
Name of the father (or) guardian	
Permanent address	
Address for communication	
Name of the course	
Course Duration	_ Months / One Year / Two Year I Year / Two Year II Year / Direct II Year
Examination for which year	2 0 _ _ 2 0 _ _

BHARAT SEVAK SAMAJ

NATIONAL DEVELOPMENT AGENCY, PROMOTED BY GOVT. OF INDIA

HALL TICKET

Reg. No: ____________________

Name of the Candidate: ____

Institution Address: ____

____

Course Name: ____

Duration: ____

Passport size photograph of the candidate to be affixed

Signature of the candidate

Address of School/College in which the candidate last studied	
Name of qualifying examination passed with the Reg. Number of Govt. Mark Sheet and year of passing	
The Board / University from which the candidate passed the qualifying examination	
Details of documents enclosed (Only Xerox Copies)	

(This examination application should be submitted along with the exam fees)

DECLARATION BY THE CANDIDATE

I here by declare that the entries made above are correct and that they have been made in my own handwriting.

Station:

Date: Signature of the Candidate

Note: University affiliated College Principal (or) BSS Institute Director (or) Institute Head are authorized to attest on the both student Photographs.

His/Her application for examination has been accepted and granted as a candidate for examination to the aforesaid course for 20 - 20

Chennai

Date: ……………………. For Controller of Examinations

BSS STUDENT ID CARD FORM

(MUST BE FILLEDUP IN CAPITAL LETTERS)

STUDENT NAME : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COURSE NAME : ____________________

COURSE CODE : | | | | | | | | | | |

DATE OF BIRTH : | | | | | | | | | | |
(As per Tenth Mark sheet)

PASTE YOUR PASSPORT SIZE PHOTO HERE

(DO NOT STAPLE)

BLOOD GROUP : ____________________

STUDENT RESIDENTIAL

ADDRESS : ____________________

____

____

____________________PINCODE :

INSTITUTE NAME : ____________________

INSTITUTE DISTRICT : ____________________

INSTITUTE PINCODE : ____________________

INSTITUTE STATE : ____________________

INSTITUTE APPROVAL CODE : | | | | | | | | | | | | | | | | |

IMPORTANT NOTE : ALL THE ABOVE DETAILS MUST BE FILLEDUP IN CAPITAL LETTERS PROPERLY. INCOMPLETE AND MISTAKE ID CARD FORMS WILL NOT BE PROCESSED AND THE SAME, NOT NOTIFIED TO YOU.