



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-IRMCMS9941) 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.cmsdelhi.in

Ref. : **CM&ED/5063**

Date : **02/04/24**

परीक्षा फॉर्म भरने हेतु आवश्यक सूचना

सेवा में,

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

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

महोदय,

सत्र- 2023-24 (द्वितीय बैच) में CMS&ED कोर्स में अध्ययनरत सभी छात्र/छात्राओं को सूचित किया जाता है आपकी CMS (Community Medical Services) की वार्षिक परीक्षा मई से जून माह 2024 में आयोजित होगी है। जिसके लिए आपको अपना परीक्षा फॉर्म भरकर दिनांक- 20 अप्रैल 2024 तक संस्थान के कार्यालय पर जमा करना अनिवार्य है जिसे संस्थान द्वारा IRMC (Indian Rural Medical Council) Delhi को भेजा जाना है। आप परीक्षा फॉर्म 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 नहीं है वो अपनी बकाया फीस अविलम्ब जमा करे अन्यथा की स्थिति में उनका नामांकन निलम्बित हो सकता है एवं उन छात्र-छात्राओं का परीक्षा फॉर्म बोर्ड स्वीकार नहीं करेगा जिससे वे परीक्षा में सम्मिलित नहीं हो पायेंगे।

अतः आपको निर्देशित किया जाता है कि परीक्षा फॉर्म को साफ-साफ कैपिटल लेटर में स्वप्रमाणित दस्तावेज की छायाप्रति के साथ स्वयं भर कर रजिस्टर्ड डाक से/स्वयं उपस्थित होकर संस्थान के कार्यालय पर जमा करे। आप द्वारा परीक्षा फॉर्म एवं पूरी फीस समय से जमा नहीं करने पर संस्थान आपका परीक्षा फॉर्म IRMC (Indian Rural Medical Council) Delhi को भेजने में असमर्थ रहेगा। जिसके कारण आप मई से जून माह में आयोजित होने वाली परीक्षा से वंचित हो सकते हैं, जिसके लिए आप स्वयं जिम्मेदार होंगे संस्थान की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।

फॉर्म के साथ सलग्न करे-

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

नोट:-

1. परीक्षा फॉर्म पर जो कॉलम समझ में न आये उसे रिक्त छोड़ दे।
2. निर्धारित दिनांक- 20 अप्रैल 2024 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 फॉर्म विलम्ब शुल्क के साथ भी स्वीकार नहीं किया जायेगा, जिससे आप परीक्षा में सम्मिलित नहीं हो पायेंगे जिसके लिए आप स्वयं जिम्मेदार होंगे।
3. जिन छात्र/छात्राओं की अप्रैल माह तक की फीस जमा नहीं है उन छात्र/छात्राओं का परीक्षा फॉर्म संस्थान IRMC (Indian Rural Medical Council) Delhi को भेजने में असमर्थ रहेगा, जिससे वे परीक्षा में सम्मिलित नहीं हो पायेंगे।



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



INDIAN RURAL MEDICAL COUNCIL, DELHI

ADDRESS : 5/4 Upper Ground Floor Main Jagat Pur Road, Sangam Vihar, Wzirabad, Delhi 110084

Web- www.irmc.in

- EXAMINATION FORM -

Date.....

Institution Affiliation Code

Institution Name & Full Address with Pin Code

Student Enrollment No.

Student name in English

Date of Birth

Gender

Male

Female

Transgender

Name of the father's(or) guardian

Permanent Address

Address for Communication

Name of the course

Course Duration

6 Months

One Year

Examination for which year

20

20

PASTE YOUR
PASSPORT SIZE
PHOTO HERE

(SELF ATTESTED)



INDIAN RURAL MEDICAL COUNCIL, DELHI

ADDRESS : 5/4 Upper Ground Floor Main Jagat Pur Road, Sangam Vihar, Wzirabad, Delhi 110084

Web- www.irmc.in

HALL TICKET

Enrollment No. :

Name of the Candidate :

Institution Address :

Course Name :

Duration :

Signature of the Student

PASTE YOUR
PASSPORT SIZE
PHOTO HERE

(SELF ATTESTED)

| | |
|---|--|
| Name & Address of School / College in which the High School Passed | |
| Name of qualifying examination passed with the Roll Number of High School Mark Sheet and year of passing | |
| The Board / University from which the candidate passed the qualifying examination | |
| Details of documents enclosed (Only xerox copy) | |

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

DECLARATION BY THE CANDIDATE

I here by declare that the entries made above are correct and that have been made in my own hand writing

Station :

Date :

Signature of the candidate

Place:

Date :

For Controller of Examinations