

प्राचार्य का कार्यालय,  
श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर।

कार्यालय आदेश

स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार के पत्रांक 1017 (1) दिनांक 30.11.2022 के आलोक में इस संस्थान में अध्ययनरत पारा मेडिकल कोर्स के छात्रों का प्रतिमाह छात्रवृत्ति दिये जाने का निर्देश प्राप्त हुआ है। उक्त के आलोक में इस संस्थान में अध्ययनरत पारा मेडिकल कोर्स के सभी छात्र एवं छात्राओं को सूचित किया जाता है कि छात्रवृत्ति प्राप्त हेतु विहित प्रपत्र में सभी वांछित सूचना भरकर अधोहस्ताक्षरी कार्यालय को उपलब्ध कराना सुनिश्चित किया जाय।

ह0/-

प्राचार्य,

श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर।

मुजफ्फरपुर, दिनांक 03/05/24

ज्ञापांक 293/24 /

प्रतिलिपि:—सभी संबंधित विभागाध्यक्ष, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित करते हुए कहना है कि इस आशय की जानकारी अपने-अपने विभाग में अध्ययनरत् विद्यार्थियों को अवगत करा दें।

प्रतिलिपि:—नामांकन पदाधिकारी, पारा मेडिकल/बरसर/लेखापाल/छात्र शाखा, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित।

प्रतिलिपि:—बेवसाईट पर अपलोड करने हेतु प्रेषित।

*Ablo Rane Subi*  
3/5/24

प्राचार्य,

श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर।

*3/5/24*

**OFFICE OF THE PRINCIPAL  
SRI KRISHNA MEDICAL COLLEGE,  
MUZAFFARPUR.**

**PROFORMA FOR STIPEND / INTERNSHIP OF PARA MEDICAL STUDENT**

- |                         |    |   |               |
|-------------------------|----|---|---------------|
| 1. Name of Student      | :- |   | Current Photo |
| 2. Father's Name        | :- |   |               |
| 3. Permanent Address    | :- | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>   |               |
| 4. Class Roll No        | :- |   |               |
| 5. BCECE Roll No.       | :- |   |               |
| 6. Allotted Program     | :- | (Dresser/D.M.L.T./O.T. Assistant /Ophthalmic Assistant/X-Ray Tech.) |               |
| 7. Date of Admission    | :- |   |               |
| 8. Enrollment Session   | :- |   |               |
| 9. Date of Birth        | :- |   |               |
| 10. Aadhar No.          | :- |   |               |
| 11. PAN No.             | :- |   |               |
| 12. Mobile No.          | :- |   |               |
| 13. Email ID            | :- |   |               |
| 14. Bank Name           | :- |   |               |
| 15. Bank Account Number | :- |   |               |
| 16. IFSC Code           | :- |   |               |

Note- Attach the photocopy of BCECE allotment letter, Bank passbook, Aadhar and PAN card.

Candidate Signature with date

प्राचार्य का कार्यालय,  
श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय,  
मुजफ्फरपुर ।

पारा मेडिकल विद्यार्थियों का छात्रवृत्ति/इन्टर्नशिप प्राप्त करने हेतु घोषणा पत्र।

मैं, \_\_\_\_\_, पिता \_\_\_\_\_, पता \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ का निवासी हूँ मैं श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर में  
वर्ष \_\_\_\_\_ का छात्र हूँ मेरा BCECE Roll No. \_\_\_\_\_, विषय \_\_\_\_\_ है ।  
मैं सरकार के विशेष सचिव, स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार, पटना के सं0सं0-01/विविध-67/2021-1017 (1), पटना,  
दिनांक:- 30.11.2022 के आलोक में राज्य के सरकारी पारा मेडिकल यथा- (Dresser/D.M.L.T./O.T. Assistant  
/Ophthalmic Assistant/X-Ray Tech.) \_\_\_\_\_ में छात्रवृत्ति/इन्टर्नशिप की राशि 1500/-  
(रूपये पन्द्रह सौ) मात्र प्रतिमाह का भुगतान प्राप्त करने हेतु इच्छुक हूँ । मेरे द्वारा किसी कारणवश कोर्स बीच में छोड़ने  
की स्थिति में प्राप्त सम्पूर्ण छात्रवृत्ति/इन्टर्नशिप की राशि एक मुश्त प्राचार्य, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर  
के खाता में वापस कर दूँगा/दूँगी। राशि वापस नहीं करने की स्थिति में मेरे उपर अनुशासनात्मक कार्रवाई की जायेगी।  
साथ ही मैं अनाधिकृत रूप से अनुपस्थित होता/होती हूँ तो उक्त कोर्स से संबंधित विभागाध्यक्षों के द्वारा उपलब्ध कराये  
गये अनुपस्थिति विवरणी के आधार पर ही उक्त अवधि के छात्रवृत्ति/इन्टर्नशिप राशि प्राप्त करने को भागी रहूँगा/रहूँगी।

छात्र का पूर्ण हस्ताक्षर