

(अधिष्ठाता यांचे कार्यालय)

डॉ. शंकरराव चव्हाण शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय विष्णूपुरी, नांदेड.

जा.क्र./डॉशंचशावैमना/आधुनिक औषध/ / २४ दि. / / २०२४

**::प्रमाणपत्र::**

प्रमाणित करण्यात येते की, डॉ. .... यांनी डॉ. शंकरराव चव्हाण शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालयात Modern Pharmacology (C.C.M.P) प्रवेश प्रक्रिया सन २०२४-२५ च्या दिनांक जा.क्र. .... दिनांक ..... नुसार ... निवड यादीमध्ये Application No. .... MCH Reg.No. .... Category ..... नुसार या महाविद्यालयात Modern Pharmacology (C.C.M.P) अभ्यासक्रमासाठी दिनांक / / २०२४ रोजी प्रवेश घेतलेला आहे. त्यांनी प्रवेशाच्या वेळी खालील प्रमाणे मुळ प्रमाणपत्रे व डी.डी. या कार्यालयात सादर केलेला आहे. (सक्षम प्राधिकारी तथा कुलसचिव, महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, नाशिक यांच्या आदेशाप्रमाणे )

| अ.क्र. | मुळ प्रमाणपत्र   | होय/नाही |
|--------|--|----------|
| १.     | प्रवेशपत्र   |          |
| २.     | जन्म तारखेचा पुरावा. (जन्म दाखला/शाळा सोडल्याचा दाखला/शालांत परिक्षा उत्तीर्ण प्रमाणपत्र )                               |          |
| ३      | होमिओपॅथी महाविद्यालय सोडल्याचा दाखला  |          |
| ४      | होमिओपॅथी विद्याशाखेची पदविका/पदवि/पदव्युत्तर पदवी प्रमाणपत्र  |          |
| ५.     | होमिओपॅथी कॉन्सिलचे नोंदणी प्रमाणपत्र & renewal  |          |
| ६      | महाराष्ट्र होमिओपॅथी परिषद, मुंबई यांचे नाहरकत प्रमाणपत्र. (सत्यप्रत)  |          |
| ७      | नावात बदल असल्याचे प्रमाणपत्र (Gazette , Marriage certificate & affidavit)   |          |
| ८      | जात प्रमाणपत्र.  |          |
| ९      | जात पडताळणी प्रमाणपत्र.  |          |
| १०     | उन्नत/प्रगत गटात मोडत नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र. (if applicable)   |          |
| ११     | EWS Certificate (if Applicable)  |          |
| १२     | शारिरीक अपंगत्वाचे प्रमाणपत्र.( if applicable)   |          |
| १३     | शैक्षणिक शुल्क रु. ५००००/- चा डी.डी. क्र.<br>In Favour of<br>"DEAN, Dr. Shankarrao Chavan Govt .Medical college, Nanded" |          |
| १४     | Retention Form.  |          |
| १५     | Annexure D undertaking   |          |
| १६     | Nationality/ Domacile cert.  |          |
| १७     | Medical Fitness Cert.  |          |

संबंधित लिपिक  
(नांव व सही.)

मुळ प्रमाणपत्र तपासणी अधिका-यांची स्वाक्षरी,  
(नांव व सही.)

अधिष्ठाता,

डॉ. शंकरराव चव्हाण,  
शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय, विष्णूपुरी, नांदेड.

प्रति,

डॉ.....