

# प्राइवेट फीजियोथैरेपी नर्सिंग एण्ड पैरामेडिकल इन्स्टीट्यूशन्स सोसायटी

ऑफिस पता – 273, सुभाष नगर, पाल रोड, जोधपुर-342008  
रजिस्टर्ड पता- 17, मोती लाल अटल रोड, (होटल संगम) जयपुर-302001  
फोन नं. 0141-2371793

## प्रवेश सूचना

(निजी क्षेत्र में मान्यता प्राप्त बी.पी.टी कोर्स सत्र 2022-23 में प्रवेश की सूचना)

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य (गुप-3) विभाग, राजस्थान सरकार के निर्देशानुसार राज्य में संचालित राजस्थान सरकार, राजस्थान स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालय, जयपुर द्वारा मान्यता प्राप्त निजी नर्सिंग कॉलेजों (जिनकी सूची संलग्न है) में बी.पी.टी. पाठ्यक्रम सत्र 2022-23 में प्रवेश हेतु योग्य महिला/पुरुष अभ्यर्थियों से निर्धारित प्रपत्र में आवेदन पत्र आमंत्रित किये जाते हैं। आवेदन पत्र जमा कराने की अंतिम तिथि 27/08/2022 सायं 5 बजे तक है। आवेदन पत्र फैंडरेशन के रजिस्टर्ड कार्यालय 17, मोती लाल अटल रोड (होटल संगम), पोलोविकट्री सिनेमा के पास, जयपुर -302001 (राज.) पर कोरियर/रजिस्टर्ड/साधारण डाक व व्यक्तिगत रूप से जमा करवाये जा सकते हैं। आवेदन पत्र के साथ रूपये 1000/- का डी.डी. (जो "प्राइवेट फीजियोथैरेपी, नर्सिंग एण्ड पैरामेडिकल इन्स्टीट्यूशन्स सोसायटी ऑफ जयपुर" जयपुर के नाम देय हो) या नगद आवेदन पत्र के साथ जमा करवाना अनिवार्य है एवं 9X4 की साईज का लिफाफा जिस पर मिनिमम डाक टिकट लगे हो तथा स्वयं का पूरा पता लिखा हो, संलग्न करना अनिवार्य है। आवेदन एवं प्रवेश की शर्तों का विवरण निम्नानुसार है :-

(1) **शैक्षणिक योग्यता:-** माध्यमिक शिक्षा बोर्ड अजमेर से फीजिक्स, कैमिस्ट्री व बायोलोजी विषयों के साथ सीनियर सैकण्डरी परीक्षा अथवा माध्यमिक शिक्षा बोर्ड राजस्थान, अजमेर द्वारा जारी अनुदेशिका के अनुसार मान्यता प्राप्त अन्य बोर्डों की इसके समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण होना अनिवार्य है। (सामान्य, पिछड़ा वर्ग, अति पिछड़ा वर्ग व आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग के अभ्यर्थियों के लिए 45 प्रतिशत तथा अनुसूचित जाति एवं अनुसूचित जनजाति के अभ्यर्थियों हेतु 40 प्रतिशत न्यूनतम प्राप्तांक अनिवार्य है)

(2) **आयु (31/12/2022 को संदर्भ मानकर गणना की जायेगी):-** महिला अभ्यर्थियों के लिए न्यूनतम आयु 17 वर्ष तथा अधिकतम आयु 28 वर्ष तथा पुरुष अभ्यर्थियों के लिए न्यूनतम आयु 17 वर्ष तथा अधिकतम आयु 25 वर्ष है। (जन्म तिथि के प्रमाण के रूप में अंक तालिका/प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।)

(3) **आरक्षण:-**राज्य सरकार द्वारा समय-समय पर जारी आदेशों के अनुरूप आरक्षण देय होगा। राजस्थान राज्य के ही आरक्षित वर्ग को नियमानुसार आरक्षण देय होगा। (प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रति संलग्न करें।)

- महिलाओं के लिए आरक्षण राज्य सरकार के निर्देशानुसार है।
- विकलांग अभ्यर्थियों को तीन प्रतिशत आरक्षण केवल ओ. एल. (वन लेग) श्रेणी में देय होगा। 40 प्रतिशत से कम विकलांगता होने तथा प्रमाण पत्र 3 वर्ष से अधिक पुराना होने पर आरक्षण का लाभ देय नहीं होगा। (सक्षम अधिकारी का प्रमाण पत्र संलग्न करें।)
- किसी आरक्षित श्रेणी में महिला अभ्यर्थियों के उपलब्ध न होने पर रिक्त सीटें उसी आरक्षित श्रेणी के पुरुष अभ्यर्थियों द्वारा भरी जाएगी। किसी आरक्षित श्रेणी में महिला व पुरुष दोनों अभ्यर्थियों के उपलब्ध न होने पर रिक्त सीटें सभी के लिए खुली श्रेणी में स्वतः स्थानान्तरित हो जाएगी।

आवेदन करने वाले अभ्यर्थियों को स्वास्थ्य प्रमाण पत्र संलग्न करना अनिवार्य है।

(4) **पाठ्यक्रम :-** बी.पी.टी. पाठ्यक्रम की अवधि 4 साल है।

(5) **फीस:-** बी.पी.टी. पाठ्यक्रम की फीस 70,000/- रूपये प्रतिवर्ष है। छात्रावास फीस राशि सिंगल बैडेड रूम हेतु 15,000/- रूपये, डबल बैडेड रूम हेतु 12,000/- रूपये तथा ट्रिपल बैडेड रूम हेतु 10,000/- रूपये है। उक्त के अतिरिक्त बिजली बिल व मैस व्यय अलग देय होगा। यदि सरकार द्वारा ट्यूशन शुल्क व छात्रावास शुल्क में बढ़ोतरी की जाती है तो शुल्क सरकार के आदेश के अनुसार देय होगी।

नोट:- कुल सीटों की संख्या/संस्था की संख्या (परिवर्तनीय है) जो राजस्थान स्वास्थ्य विज्ञान विश्वविद्यालय, राजस्थान सरकार व राजस्थान उच्च न्यायालय के आदेशानुसार होगी।

अध्यक्ष/सचिव

# PRIVATE PHYSIOTHERAPY, NURSING & PARAMEDICAL INSTITUTIONS SOCIETY OF JAIPUR

Hotel Sangam 17, Moti Lal Atal Road, Jaipur -302001 FORM NO.

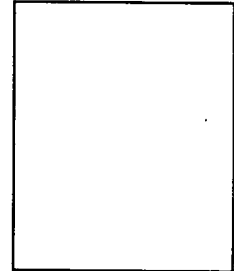
## ADMISSION FORM

G.N.M.  B.Sc. N.  P.B.B.Sc. N.  M.Sc. N.  B.P.T.  ( Please Tick Mark )

The application filled in by the student, along with requisite fee & copies of certificate must be submitted to respective College/Federation

Name of the College Place (Preference)

- 1.....
- 2.....
- 3.....



### APPLICATION FOR ADMISSION

1. Name of the Applicant (Mr./Ms)

2. Date of Birth Day   Month   Year

3. Father's /Guardian's Name

4. Mother's Name

5. Postel Address & Permanent Address

(For all Correspondence)

Pin Code

Ph. No.  Mobile No.

6. Category (Affix the photocopy of Certificate) General  SC  ST  OBC  SBC  EWS

7. Sex Male  Female

8. Nationality \_\_\_\_\_

9. Blood Group \_\_\_\_\_

A. Medical Fitness Certificate \_\_\_\_\_  
(From a Govt. Hospital/Reg. Hospital only)

10. Handi Capped  
(Photocopy of Certificate)

11. Educational Qualification:

S. No.	Examinations	Board/University	Subjects	Year of Passing	Percentage of marks
1.					
2.					

12. Professional Qualification (Only for Post Basic B.Sc. (N) & M.Sc. Nursing candidates :

Year	Attempt	Total Maximum	Marks Awarded	% of Aggregate
Ist Year				
IInd Year				
IIIrd Year				
IVth Year				
Internship				
Total				

Registration Council 'S Name :-.....

Date of Registration :-  
Date      Month      Year  
       

Registration Numbers :-

Registered Nurse :-.....

Registered Midwifery :-.....

13. Were you ever disqualified by any University/Board to appear in any examination?

If yes, give details.....

**\* Note: Registration fee is non-refundable even in the case of non-admission in the available course/branch opted for**

***Father/Mother/Guardian's Undertaking***

My Son/Daughter/Ward \_\_\_\_\_ is seeking admission with my consent and in the event of his/her being admitted to the College. I will be personally responsible for

- I His/Her good conduct and behavior during his/her education at the College
- II. Return of Books issued to him/her by the College
- III. Any other liability related to his/her education at the College/Institution

Further, I undertake to pay his/her fees and other expenses at the College and on education tour. I also agree that he/she shall abide by the rules of discipline of the center as administrated by the University Authorities of the College.

Place

Date

Signature of Father / Mother  
Name & Address

## **Undertaking by the Applicant**

- I. I declare that I have not been debarred from joining any educational institution or rusticated from the Institution/University/Board last attended.
- II. I declare that all the statements made in application by me are true to the best of my knowledge and belief. I clearly understand that if any of the statements is subsequently found untrue my admission to the College/Institution would stand automatically cancelled.
- III. I have read the instructions in carefully. I have read and understood the conditions of eligibility for the programme to which I seek admission. I fulfill the minimum eligibility criteria and I have been provided with necessary information in this regard. In the event of any information being incorrect or misleading my candidature shall be liable to cancellation by the University at any time and I shall not be entitled to refund of any fee paid by me to the University.
- IV. I have satisfied myself that I fulfill the minimum educational physical and medical standards and that I agree to be removed from the institution if found deficient in these standards during the course of my stay at the College.
- V. I agree that admission may be granted to me on the conditions started in the latest edition of the Syllabus prescribed by the University or such modification there of as may be made by the authorities.
- VI. I have read the rules, regulations an code of conduct as prescribed by University and promise to abide by them and those that may be made in future for the admission to the College. I also undertake that I shall do nothing inside of out side the College Campus that will interface with its discipline.
- VII. I accept that if any above undertaking is misleading. I agree to be prosecuted to the court of law for providing fake acceptance.

Place

Date

**Signature & Name of the Applicant**

Reference of at least two persons not related to you:

1. Name..... Designation / Occupation.....  
Address..... Tel. No .....
  2. Name..... Designation / Occupation.....  
Address..... Tel. No .....
- Source of Information regarding these institutes (Newspaper/magazine/Friends/Any Other)

(Please Tick Mark)

### **(For Office Use)**

Application received on _____
Enclosures not attached _____
<b>Eligible or not (Y/N)</b> <b>Form checked by</b>

Enclosures : - (Photocopy) {Please Tick Mark}

- A. Residence & Age Proof
- D. Mark sheet XII<sup>th</sup> Class
- G. Registration Certificate

- B. Certificate of X<sup>th</sup> Class
- E. Medical Certificate
- H. G.N.M. Marksheet  
Ist, IInd, IIIrd, Internship

- C. Certificate for SC/ST/OBC/SBC/EWS
- F. Certificate for Handi capped
- I. B.sc. Nursing Marksheet  
Ist, IInd, IIIrd, IVth year

<b>S. No.</b>	<b>Institution Name</b>	<b>Address</b>	<b>Seat</b>
1	Jaipur Hospital College of Physiotherapy	Adjoining to Technology Park, Shipra Path, Mansarovar, Jaipur.	20
2	Swasthya Kalyan College of Physiotherapy	10-A, Sitapura Institutional Area, Jaipur.	20
3	K.S. Memorial College of Physiotherapy	Siwar House, Purana Baggi Khana Road, Ratnara Road, Jodhpur	20
4	SLNG College of Physiotherapy	Near Anant Ramji ki Bagichi, 2nd 'C' Road, Sadarpura, Jodhpur	20
5	IBB College of Physiotherapy	IPD-02, RIICO Institutional Area, Ranpur, Kota	20
6	Shri USB College of Physiotherapy	Abu Ambaji Road, Village Siyava, Post-Siyava, Abu Road, Sirohi	20
7	Maa Gayatri College of Physiotherapy	Opp. Old RTO Office, Dhikali Road, Pratap Nagar, Udaipur.	20
8	Udaipur Institute of Physiotherapy	Umarda, Ho, Plot No.-1, Opp New ITI Community Center, Sec.-4, Hiran Magri, Udaipur	20