

प्रोफार्मा
स्वतंत्रता संग्राम सेनानी प्रवर्ग हेतु प्रमाण पत्र

संदर्भ क्रमांक.....

दिनांक.....

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती.....जो प्रवेश परीक्षा
Nursing Counselling-2024 के आधार पर पाठ्यक्रम में प्रवेश के लिये अभ्यर्थी
श्री/कुमारी के पिता/माता हैं।

तथा

श्री/श्रीमती (अभ्यर्थी के पिता/माता का नाम).....
श्री/श्रीमती (स्वतंत्रता संग्राम सेनानी का नाम) के पुत्र/पुत्री हैं।

तथा

श्री/श्रीमती (स्वतंत्रता संग्राम सेनानी का नाम) का नाम मध्यप्रदेश के
जिला (जिले का नाम) में संधारित स्वतंत्रता संग्राम सेनानी की पंजी में क्रमांक.
..... पर पंजीकृत हैं।

स्थान.....

दिनांक.....

हस्ताक्षर

(जिला कलेक्टर/जिला कलेक्टर द्वारा अधिकृत अधिकारी)
कार्यालय की स्पष्ट मोहर

प्रोफार्मा
मध्यप्रदेश में/मध्यप्रदेश के बाहर अन्य राज्य में कार्यरत सैनिक

संदर्भ क्रमांक.....

दिनांक.....

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती.....
जो प्रवेश परीक्षा **Nursing Counselling-2024** के आधार परपाठ्यक्रम में
प्रवेश के लिये अभ्यर्थी श्री/कुमारी
के पिता/माता हैं

अ- थलसेना/वायुसेना/नौसेना में.....पद पर सर्विस क्रमांक.....
के अधीन कार्यरत सैनिक हैं और मध्यप्रदेश में स्थित प्रतिरक्षा इकाई में पदस्थ हैं। वह मध्यप्रदेश
के स्थानीय निवासी हैं।

अथवा

ब- थलसेना/वायुसेना/नौसेना में.....पद पर सर्विस क्रमांक.....
के अधीन कार्यरत सैनिक हैं और वह मध्यप्रदेश राज्य के बाहर स्थित प्रतिरक्षा इकाई में पदस्थ
हैं। वह मध्यप्रदेश के स्थानीय निवासी हैं।

अथवा

स- थलसेना/वायुसेना/नौसेना में.....पद पर सर्विस क्रमांक.....
के अधीन कार्यरत सैनिक हैं। वह मध्यप्रदेश राज्य के स्थानीय निवासी नहीं है परन्तु मध्यप्रदेश
में स्थित प्रतिरक्षा इकाई में दिनांक..... से सेवारत हैं।

स्थान.....

दिनांक.....

हस्ताक्षर : आफिसर कमांडिंग.....

(कार्यालय सील)

प्रोफार्मा

भूतपूर्व सैनिक द्वारा स्थायी रूप से मध्यप्रदेश में अधिवासित होने संबंधी प्रमाण पत्र

संदर्भ क्रमांक.....

दिनांक.....

मेरे समक्ष प्रस्तुत किये गये प्रमाण के आधार पर प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी (उम्मीदवार का नाम)..... जो प्रवेश परीक्षा **Nursing Counselling-2024** के आधार पर (पाठ्यक्रम का नाम)..... पाठ्यक्रम में प्रवेश के लिए उम्मीदवार हैं, श्री/श्रीमती (पिता/माता).....के/की पुत्र/पुत्री हैं, जो थलसेना/वायुसेना/नौसेना मेंपद,सर्विस क्रमांक..... के अधीन सेवारत रहकर सेवानिवृत्त हुए हैं अथवा सेवानिवृत्ति के पश्चात्/उनकी मृत्यु के पश्चात् उनके परिवारजन(स्थान),तहसील.....जिला.....में अधिवासित हो गए हैं।

स्थान-----

दिनांक-----

जिला सैनिक कल्याण अधिकारी के हस्ताक्षर

(कार्यालय सील)

प्रोफार्मा
मिलेट्री पर्सन संवर्ग (एम.पी.) हेतु प्रमाण पत्र
भूतपूर्व सैनिक

संदर्भ क्रमांक.....

दिनांक.....

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती.....
जो प्रवेश परीक्षा Nursing Counselling-2024 के आधार पर पाठ्यक्रम
में प्रवेश के लिये अभ्यर्थी श्री/कुमारी
के पिता/माता हैं एवं अभ्यर्थी का Nursing Counselling-2024 रोल नंबर.....
है।

थल सेना/वायुसेना/नौसेना के/की एक भूतपूर्व सैनिक हैं।
सेवानिवृत्ति / सेवामुक्ति के समय वह.....पद पर
थे/थी। उनका सर्विस क्रमांक.....था। सेवा के
दौरान वह स्थायी रूप से विकलांग हो गये हैं/सेवा के दौरान उनकी मृत्यु वर्ष
.....में हो चुकी है। वह मध्यप्रदेश के स्थानीय निवासी हैं।

स्थान.....
दिनांक.....

जिला सैनिक कल्याण अधिकारी के हस्ताक्षर
.....
(कार्यालय सील)