

प्ररूप-नौ

[नियम 10 (1) देखिये]

भारतीय पशु चिकित्सा परिषद् अधिनियम, 1984 (1984 का सं. 52) के
अधीन रजिस्ट्रीकृत पशु चिकित्सा व्यवसायों के रूप में

रजिस्ट्रीकरण के लिए आवेदन

प्रति,

रजिस्ट्रार,

मध्यप्रदेश राज्य पशु चिकित्सा परिषद्,
भोपाल (म. प्र.)

फोटो

महोदय,

मैं प्रार्थना करता/करती हूँ कि मेरा नाम, पता, अर्हता तथा अन्य विशिष्टताएं जो इसके नीचे दी गई हैं, भारतीय पशु चिकित्सा परिषद् अधिनियम, 1984 (1984 का सं. 52) के अधीन आपके द्वारा रखे जा रहे मध्यप्रदेश राज्य पशु चिकित्सा रजिस्टर में रजिस्ट्रीकरण की जाय और यह कि मुझे ऐसे रजिस्ट्रीकरण का प्रमाण-पत्र सम्यक् अनुक्रम में जारी किया जाये।

2. मैं इसके साथ अपनी अर्हताओं के समर्थन में अपनी डिग्रीयों/डिप्लोमाओं की मूल प्रतियां आपके सत्यापन हेतु संलग्न करते हुए प्रार्थना करता/करती हूँ कि उनका सत्यापन किये जाने के पश्चात् वे मुझे लौटा दी जायें। मैं उनकी अनुप्रमाणित प्रतिलिपियां भी आपके अभिलेख हेतु संलग्न करता/करती हूँ।

3. इसके साथ विहित रजिस्ट्रीकरण फीस रुपये तथा सेवा शुल्क रुपये भी संलग्न मांगदेय ड्राफ्ट/भारतीय पोस्टल ऑर्डर संख्यांक तारीख द्वारा जो क्रास कर दिया गया है तथा आपको भोपाल पर देय है, भेजी जाती है।

4. मेरी ऊपर निर्दिष्ट विशिष्टियां निम्नानुसार हैं:—

- | | |
|----------------------------------|-------|
| (क) पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) | ..... |
| (ख) जन्म स्थान तथा जन्म तारीख | ..... |
| (ग) राष्ट्रीयता | ..... |
| (घ) निवास का पता (पिन कोड सहित) | ..... |
| (ङ) वृत्तिक पता (पिन कोड सहित) | ..... |
| (च) स्थायी पता (पिन कोड सहित) | ..... |
| (छ) पशु चिकित्सा संबंधी अर्हताएं | ..... |

अर्हता

उत्तीर्ण होने की तारीख तथा वर्ष

संस्था या विश्वविद्यालय

- | | |
|---|-------|
| (ज) अन्य शैक्षणिक अर्हताएं, यदि कोई हों | ..... |
| (झ) वर्तमान उपजीविका | ..... |
| (क) शासकीय सेवा | ..... |
| (ख) प्राइवेट व्यवसाय | ..... |
| (ग) सेवानिवृत्त व्यक्ति | ..... |
| (य) कोई अन्य सुसंगत जानकारी | ..... |

5. मैं प्रतिज्ञा करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई समस्त विशिष्टियाँ सही हैं।

स्थान :

भवदीय

तारीख :

(आवेदक के हस्ताक्षर)

नोट.—बैंक ड्राफ्ट/भारतीय पोस्टल ऑर्डर रजिस्ट्रार, मध्यप्रदेश राज्य पशु चिकित्सा परिषद् को भोपाल पर देय होना चाहिए।

(कृपया कम्प्यूटर फार्म भी भरें।)

COMPUTER FORM

Registration Information to be provided by candidate

First Name Middle Name Last Name

Father's Name Date of Birth (e.g. 01 Jan. 2007) Gender (M/F)

Present Occupation (e.g. -Private/Govt./Semi-Govt.)

Residential Address

City District State (e.g. MP/CG) Pin Code

Professional Address

City District State (e.g. MP/CG) Pin Code

Permanent Address

City District State (e.g. MP/CG) Pin Code

Prefered Address for Correspondence (Tick any one) ☐ Residential ☐ Permanent ☐ Professional

Phone No. (e.g. 0755-2578533) Mobile No.

Preffered Phone No. Fax

Qualification at the time of Registration (e.g. B. V. Sc. & A.H.) Year of Passing (e.g. 2001)

University/Institute Name

Other Qualification (If you want to add more) (e.g. MVSc. Ph.D.)

S.No.	Qualification	Institute Name	University	Year of Passing

I declare that the above given information is true to the best of my knowledge and I shall inform the registrar M. P. State Veterinary Council, regarding any change in it, as soon as they take place.

I shall abide by the Indian Veterinary Council Act, 1984 and the rules and regulations made therein.

Signature of Candidate