

**उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा सत्र 2024–2025 हेतु**  
**नये पैरामेडिकल/नर्सिंग प्रशिक्षण केन्द्र खोलने हेतु सामान्य दिशा-निर्देश**

- उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी द्वारा सत्र 2024–2025 के लिए नर्सिंग/पैरामेडिकल पाठ्यक्रमों (ए०एन०एम० पाठ्यक्रम को छोड़कर) के नये प्रशिक्षण केन्द्र खोलने एवं पूर्व से चल रहे पाठ्यक्रमों में सीट वृद्धि हेतु आवेदन-पत्र आमंत्रित किये जाने हेतु सामान्य दिशा-निर्देश जारी किये जा रहे हैं।
- संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी अधिनियम की धारा 8 के अधीन पंजीकृत कम्पनी) आवेदन करने हेतु पात्र होगी।
- **01 दिसम्बर, 2023 से 31 दिसम्बर, 2023** तक समस्त प्रपत्रों एवं यथा प्रमाण-पत्र आदि के साथ निर्धारित शुल्क के साथ कार्यालय की वेबसाइट ([www.upsmfac.org](http://www.upsmfac.org)) पर ऑनलाईन आवेदन किये जायेंगे।
- 31 दिसम्बर, 2023 तक किये गये ऑनलाईन आवेदन-पत्र दिनांक 05 जनवरी, 2024 तक दो प्रतियों में स्पाइरल बाईंडिंग के साथ कार्यालय कार्यदिवस में जमा किये जायेंगे।
- अन्तिम तिथि के पश्चात् आवेदन पत्र किसी भी दशा में स्वीकार नहीं किये जायेंगे।
- अपूर्ण आवेदन किसी भी स्थिति में कार्यालय में नहीं जमा किये जायेंगे।
- आवेदन पत्र की जांच कार्यालय स्तर पर की जायेगी। आवेदन-पत्र की पूर्णता की स्थिति में ही संस्था द्वारा आवेदित पाठ्यक्रम का स्थलीय निरीक्षण कराया जायेगा।
- आवेदित पाठ्यक्रम के अधिकतम तीन स्थलीय निरीक्षण कराये जायेंगे।
- शासन से अनिवार्यता प्रमाण-पत्र/अनुमति प्रदान होने के पश्चात् नर्सिंग/पैरामेडिकल प्रशिक्षण हेतु द्वितीय निरीक्षण कराया जायेगा, जिसमें संबंधित प्रशिक्षण हेतु निर्धारित मानक के अनुसार टीचिंग फैकल्टी, उपकरण/उपस्कर की उपलब्धता इत्यादि का सत्यापन के पश्चात् उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी/उ०प्र० नर्सिंग एवं मिडवाइब्ज कौंसिल से सम्बद्धता पत्र प्रदान किया जायेगा।
- **जी०एन०एम०** प्रशिक्षण का आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क वर्तमान में **₹ 4,00,000+(18% GST)** निर्धारित किया गया है।
- **बी०एससी०-नर्सिंग** हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क वर्तमान में **₹ 2,50,000+(18% GST)** निर्धारित है। उक्त शुल्क का 10 प्रतिशत अर्थात् **₹ 25,000/-** (पच्चीस हजार रुपये मात्र) राजकीय कोषागार हेड संख्या-**0210 चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य 04 लोक स्वास्थ्य 800 अन्य प्रप्तियाँ** में जमा की जायेगी। इसकी रसीद आवेदन-पत्र के साथ संलग्न की जायेगी।
- **पोस्ट-बेसिक बी०एससी० नर्सिंग** हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क वर्तमान में **₹ 4,00,000+(18% GST)** निर्धारित है।
- **एम०एस०सी०-नर्सिंग** हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क वर्तमान में **₹ 5,00,000+(18% GST)** निर्धारित है।

- नर्सिंग प्रशिक्षण हेतु स्वयं संस्था का 100 बेड चिकित्सालय होना आवश्यक है।
- किसी भी नर्सिंग संस्थान के लिए मूल अस्पताल से तात्पर्य है कि नर्सिंग संस्थान तथा अस्पताल एक ही ट्रस्ट द्वारा स्थापित किए जाने चाहिए।

अथवा

एक ट्रस्ट द्वारा प्रबंधित नर्सिंग संस्थान के लिए 'मूल अस्पताल' से तात्पर्य है कि अस्पताल ट्रस्ट के स्वामित्व और नियंत्रण वाला होगा अथवा ट्रस्ट के किसी सदस्य के प्रबंधन और नियंत्रण वाला होगा। यदि अस्पताल का मालिक ट्रस्ट का एक सदस्य है, तो अस्पताल नर्सिंग संस्थान के चालू रहने तक 'मूल अस्पताल' के रूप में कार्य करता रहेगा। वचन पत्र में इस आशय का भी उल्लेख होना चाहिए कि ट्रस्ट का सदस्य अस्पताल को किसी अन्य नर्सिंग संस्थान के लिए 'मूल/संबद्ध अस्पताल' के रूप में अनुमति नहीं देगा और ट्रस्ट के सदस्यों द्वारा प्रस्तुत यह वचन पत्र कम से कम 30 वर्ष के लिए लागू होगा (अर्थात वचन पत्र पर ट्रस्ट के सभी सदस्यों के हस्ताक्षर होंगे)।

मूल अस्पताल की सभी शय्या एक ही अस्पताल में अर्थात एक ही भवन/एक ही परिसर में होंगे। इसके अलावा, मूल अस्पताल उसी राज्य में होगा, जहां संस्थान स्थिति है।

- अ) यहां यह उल्लेखनीय है कि यदि किसी विशेष अस्पताल को एक बार 'मूल अस्पताल' के रूप में दर्शाया जाता है और नर्सिंग पाठ्यक्रमों के संचालन के लिए नर्सिंग संस्थान को अनुमति दी जाती है, तो, अनुमति/उपयुक्तता तब तक वैध रहेगी जब तक उक्त अस्पताल एक 'मूल अस्पताल' के रूप में संबद्ध है।
- ब) यदि ट्रस्ट के सदस्य द्वारा दिए गये 'वचन' को रद्द किया जाता है, जो जारी की गई अनुमति/उपयुक्तता पत्र को तत्काल प्रभाव से कालातीत/रद्द माना जाएगा।

- नर्सिंग प्रशिक्षणों में सीट वृद्धि हेतु आवेदन करते समय प्रशिक्षणार्थी एवं बेड के अनुपात का ध्यान अवश्य रखे, 1:3 (तीन बेड पर एक प्रशिक्षणार्थी) वर्तमान में छात्र संख्या के समानुपातिक यदि बेड पूर्ण हो तभी आवेदन करें।
- इण्डियन नर्सिंग कौंसिल, नई दिल्ली द्वारा निर्धारित मानक ही नर्सिंग प्रशिक्षणों पर लागू होंगे।
- पैरामेडिकल डिप्लोमा प्रशिक्षण का आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क वर्तमान में ₹ 2,50,000+(18% GST) प्रति प्रशिक्षण निर्धारित है।
- स्नातक स्तरीय पैरामेडिकल पाठ्यक्रम हेतु आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क वर्तमान में ₹ 2,50,000+(18% GST) निर्धारित है। उक्त शुल्क का 10 प्रतिशत अर्थात ₹ 25,000/- (पच्चीस हजार रुपये मात्र) राजकीय कोषागार हेड संख्या-0210 चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य 04 लोक स्वास्थ्य 800 अन्य प्रप्तियां में जमा की जायेगी। इसकी रसीद आवेदन-पत्र के साथ संलग्नकी जायेगी।
- पैरामेडिकल परास्नातक प्रशिक्षण का आवेदन/रजिस्ट्रेशन/निरीक्षण शुल्क वर्तमान में ₹ 5,00,000+(18% GST) प्रति प्रशिक्षण निर्धारित है।
- पैरामेडिकल डिप्लोमा प्रशिक्षण केन्द्र खोलने हेतु आवेदक के पास स्वयं संस्था का 50 बेड/100 बेड का चिकित्सालय (प्रास्पेक्ट्स में निर्धारित चिकित्सालय में बेडों की

**संख्या) व 6000 वर्गफुट** प्रशिक्षण भवन निर्मित हो। प्रत्येक अतिरिक्त डिप्लोमा प्रशिक्षण हेतु **2000 वर्गफुट** के अतिरिक्त अध्ययन कक्ष उपलब्ध हों। चिकित्सालय व प्रशिक्षण भवन आवेदक संस्था/ट्रस्ट/सोसायटी के स्वामित्व का होना अनिवार्य है। (लीज अथवा किराये का भवन मान्य नहीं होगा)।

- **पैरामेडिकल डिग्री** पाठ्यक्रम हेतु संस्था के पास स्वयं की भूमि हो, जो कि न्यूनतम नगरीय क्षेत्र में **एक एकड़** अथवा **4000 वर्ग मीटर** अथवा **43040 वर्ग फुट** हो एवं ग्रामीण क्षेत्र में **दो एकड़** अथवा **8000 वर्ग मीटर** अथवा **86080 वर्ग फुट** हो, एक से अधिक पाठ्यक्रम चलाने हेतु इतनी ही भूमि की आवश्यकता होगी किन्तु प्रशिक्षण भवन कुल निर्मित क्षेत्र **1000 वर्ग मीटर** अथवा **10760 वर्गफुट** प्रास्पेक्ट्स में दिये गये निर्धारित मानक के अनुसार (प्रत्येक अतिरिक्त प्रशिक्षण हेतु **200 वर्ग मीटर** अथवा **2152 वर्गफुट** का अतिरिक्त भवन हो) संस्थान के पास छात्रों को क्लीनिकल प्रशिक्षण देने हेतु स्वयं के स्वामित्व एवं प्रबन्धन का न्यूनतम **100 बेड** का बहुविशेषज्ञता का चिकित्सालय होना आवश्यक है।
- चिकित्सालय का ऑनलाईन पद्धति वाला पंजीयन प्रमाण-पत्र जिसमें वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
- प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड (पी0सी0बी0) का प्रमाण-पत्र जिसमें बेड संख्या एवं वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
- अग्नि शमन प्रमाण-पत्र (टीचिंग ब्लॉक, हास्टल ब्लॉक एवं चिकित्सालय) तीनों का ऑनलाईन पद्धति वाला स्थायी (पूर्णता कम्प्लीशन) जिसमें वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
- भूमि के मालिकाना हक का प्रमाण-पत्र/प्रपत्र (संस्था का ही हो) जो राजस्व विभाग के सक्षम प्राधिकारी/प्राधिकरण/तहसीलदार से कम न हो से प्रमाणित प्रति/खतौनी की मूल प्रति अथवा उपनिबन्धक द्वारा सत्यापित विलेख की प्रति, यदि संस्था ग्रामीण क्षेत्र से संबंधित हो और भूमि कृषि योग्य हो तो निबन्धन धारा 143 के अर्न्तगत भू-उपयोग परिवर्तन के आदेश की प्रमाणित प्रति।
- यदि ट्रस्ट/सोसायटी/कम्पनी/संस्थान के नाम 12.50 एकड़ से अधिक भूमि है, उ0प्र0 राजस्व संहिता 2006 सपडित उ0प्र0 जमींदारी विनाश एवं भूमि व्यवस्था अधिनियम 1950 के सुसंगत प्राविधानों के अर्न्तगत राजस्व विभाग, उ0प्र0 शासन का अनुमति पत्र।
- स्नातक/परास्नातक स्तरीय नर्सिंग एवं पैरामेडिकल प्रशिक्षण हेतु अटल बिहारी बाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ का सहमति-पत्र (Letter of Intent)।

**नोट—** विस्तृत जानकारी हेतु आवेदित प्रशिक्षणों की प्रास्पेक्ट्स/विवरणिका का कार्यालय की वेबसाइट ([www.upsmfac.org](http://www.upsmfac.org)) पर अवलोकन करें।

## आवेदन पत्र के साथ लगाये जाने वाले संलग्नक –

### फोटोग्राफ :

1. टीचिंग ब्लॉक एवं हास्टल ब्लॉक के सामने का, भवन के पीछे का, कक्षाओं की आन्तरिक, प्रधानाचार्य कक्ष, लाइब्रेरी, रिशेप्शन एवं प्रयोगशालाओं व हास्टल इत्यादि के कमरों के फोटोग्राफ।
2. अस्पताल के सामने का, पीछे का व आन्तरिक साज-सज्जा एवं उपकरण/उपस्कर इत्यादि को दिखाते हुये स्पष्ट फोटोग्राफ।
3. सम्बन्धित प्रशिक्षण की विशेषज्ञता की उपलब्ध सुविधाओं को दिखलाते हुये स्पष्ट आन्तरिक फोटोग्राफ।

### दस्तावेज :

4. संस्था (सोसायटी/ट्रस्ट/कम्पनी) का वैध रजिस्ट्रेशन प्रमाण-पत्र।
5. संस्था के बाइलाज/मेमोरेण्डम ऑफ एसोशिएसन
6. प्रश्नगत प्रशिक्षण पाठ्यक्रम का केन्द्र खोलने हेतु सोसा0/ट्रस्ट/कम्पनी द्वारा पारित रिजोल्यूशन/प्रस्ताव की प्रति।
7. संस्था की बैलेन्सशीट (पिछले 2 वर्षों की)
8. प्रशिक्षण केन्द्र की भूमि (टीचिंग ब्लॉक व हास्टल ब्लॉक) एवं चिकित्सालय की भूमि के मालिकाना हक का प्रमाण-पत्र/प्रपत्र (संस्था का ही हो) जो राजस्व विभाग के सक्षम प्राधिकारी प्राधिकरण (तहसीलदार) से कम न हो से प्रमाणित प्रति/खतौनी की मूल प्रति अथवा उपनिबन्धक द्वारा सत्यापित विलेख की प्रति, यदि संस्था ग्रामीण क्षेत्र से संबंधित हो और भूमि कृषि योग्य हो तो निबन्धन धारा 143 के अन्तर्गत भू-उपयोग परिवर्तन के आदेश को प्रमाणित प्रति संलग्न करें एवं प्रशिक्षण केन्द्र (टीचिंग ब्लॉक व हास्टल ब्लॉक) एवं चिकित्सालय का प्रमाणित मानचित्र (ब्लू प्रिन्ट)।
9. चिकित्सालय का ऑनलाईन पद्धति वाला पंजीयन प्रमाण-पत्र जिसमें वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
10. प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड (पी0सी0बी0) का प्रमाण-पत्र जिसमें बेड संख्या एवं वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
11. अस्पताल में वर्तमान कार्यरत कर्मचारियों की सूची।
12. अग्नि शमन प्रमाण-पत्र (टीचिंग ब्लॉक, हास्टल ब्लॉक एवं चिकित्सालय) तीनों का ऑनलाईन पद्धति वाला स्थायी (पूर्णता कम्प्लीशन) जिसमें वैधता तिथि अवश्य अंकित हो।
13. डिग्री पाठ्यक्रमों हेतु संस्था द्वारा अटल बिहारी बाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ का सहमति-पत्र (Letter of Intent) प्राप्त कर आवेदन पत्र के साथ संलग्न करना अनिवार्य है।
14. शपथ पत्र/वचन पत्र को रू0 100/- के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा प्रमाणित कराकर संलग्न करना आवश्यक है।

शपथ-पत्र का प्रारूप-1

शपथ पत्र

आवेदन पत्र के साथ रूपये 100/-के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र  
(आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें)

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी,

लखनऊ।

1. मैं शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था (संस्था का नाम) .....  
प्रशिक्षण केन्द्र का नाम व पता.....के द्वारा .....(कोर्स का नाम).....  
डिप्लोमा/डिग्री पैरामेडिकल/नर्सिंग क्षेत्र में कोई प्रशिक्षण उ0प्र0 सरकार की अनुमति के बिना नहीं  
चलाया जा रहा है।
2. मैं बचन देता हूँ/देती हूँ कि भविष्य में भी उ0प्र0 सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त डिप्लोमा पैरामेडिकल  
के पाठ्यक्रमों के अलावा अन्य पाठ्यक्रम कोई प्रशिक्षण नहीं चलाऊँगा/चलाऊँगी।
3. यह कि प्रशिक्षण केन्द्र व उससे संबंधित अस्पताल, भूमि का मालिकाना हक मेरी संस्था का ही है।  
उक्त भूमि केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/प्राधिकरण की किसी भी योजना में अधिग्रहीत नहीं है  
और न ही अधिग्रहण हेतु प्रस्तावित है।
4. यह कि उक्त प्रशिक्षण से संबंधित मा0 उच्चतम न्यायालय/मा0 उच्च न्यायालय/सक्षम न्यायालय  
अथवा न्यायिक अभिकरण में किसी भी प्रकार का दीवानी/फौजदारी वाद विचाराधीन/लम्बित  
नहीं है और ना ही किसी प्रकार का स्थगन आदेश ही प्राप्त हुआ है।
5. मैं राज्य सरकार व उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी के द्वारा दिये गये दिशा-निर्देशों व निर्णयों का  
पालन करूँगा/करूँगी। यदि संस्था द्वारा किसी भी दिशा-निर्देशों/मानकों का उल्लंघन किया जाता  
है/आवेदन पत्र के साथ संलग्न अभिलेख/प्रपत्र फर्जी पाया जाता है तो संस्था की सम्बद्धता  
समाप्त कर दी जाये।

दिनांक :-

सक्षम प्राधिकारी

संस्था का नाम /पता

शपथ पत्र का प्रारूप-2

आवेदन पत्र के साथ रूपये 100/-के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र (आवेदन  
पत्र के साथ संलग्न करें)

सचिव,

उ0प्र0 स्टेट मेडिकल फैकल्टी,

लखनऊ।

1. मैं शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था (संस्था का नाम) .....  
.....(प्रशिक्षण केन्द्र का नाम व पूरा पता ).....  
.....के द्वारा ..... पाठ्यक्रम हेतु आवेदन किया गया है।
2. संस्था के पास सम्पूर्ण उत्तर प्रदेश में उत्तर प्रदेश राजस्व संहिता 2006 की धारा 89 में  
उल्लिखित सीमा 5.0586 हेक्टेयर से अधिक भूमि नहीं है। और यदि है तो धारा 89 (3) के  
अर्न्तगत राजस्व विभाग, उत्तर प्रदेश शासन से प्राप्त अनुमति प्रमाण-पत्र की छाया प्रति  
संलग्न करें।

दिनांक :-

सक्षम प्राधिकारी

संस्था का नाम /पता

वित्तीय नियम संग्रह खण्ड-5 भाग-2  
प्रपत्र संख्या-43 ए(1)  
(प्रस्तर 417 एवं 478 देखिए)  
**धनराशि जमा करने का चालान फार्म**

उपकोषागार/बैंक का नाम व शाखा .....

1. जिस व्यक्ति (पदनाम यदि आवश्यक हो) .....  
या संस्था के नाम से धनराशि जमा की जा .....  
रही है उसका नाम .....

2. पता .....

3. पंजीकरण संख्या/पक्ष का नाम व वाद .....  
संख्या (यदि आवश्यक हो) .....

4. जमा की जा रही धनराशि का पूर्ण विवरण .....  
(धनराशि किस हेतु जमा की जा रही है .....  
तथा किस विभाग के पक्ष में जमा की जा .....  
रही है।)

5. चालान की सकल राशि .....

6. चालान की निबल राशि .....

7. लेखाशीर्षक का पूर्ण विवरण/लेखाशीर्षक ..... **0210 चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य 04**  
की मुहर ..... **लोक स्वास्थ्य 800 अन्य प्राप्तियाँ**

8. लेखा-शीर्षक का 13 डिजिट कोड

|                   |                 |            |           |                  |                   |
|-------------------|-----------------|------------|-----------|------------------|-------------------|
| मुख्य लेखा शीर्षक | उप मुख्य-शीर्षक | लघु-शीर्षक | उप-शीर्षक | ब्योरेवार-शीर्षक | धनराशि (अंको में) |
| 0 2 1 0           | 0 4             | 8 0 0      | - -       | - -              | ₹ 25,000/-        |
|                   |                 |            | - -       | - -              | -                 |
|                   |                 |            | - -       | - -              | -                 |
|                   |                 |            |           |                  | योग ₹ 25,000/-    |

धनराशि (शब्दों में) रूपया पच्चीस हजार मात्र

चालान में लेखाशीर्षक की पुष्टि करने वाले  
विभागीय अधिकारी के हस्ताक्षर मुहर सहित

जमाकर्ता का नाम व हस्ताक्षर

**केवल उपकोषागार/बैंक के प्रयोगार्थ**

चालान संख्या..... अंको में रू0

दिनांक ..... शब्दों में रू0

चालान संख्या .....

दिनांक .....

प्राप्त किया  
प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर उपकोषागार/  
बैंक की मुहर सहित