आयुर्वेदिक तथा यूनानी तिब्बी चिकित्सा पद्धति बोर्ड उ0प्र0
धन्वन्तरि भवन, 7 लालबाग,लखनऊ

(आयुर्वेद फार्मेसिस्ट/आयुर्वेद उपचारिका/यूनानी फार्मेसिस्ट/यूनानी उपचारिका/प्रसूति (पूरक) परीक्षा फार्म)

इनरोलमेण्ट नं0–.....वार्षिकपरीक्षा का अनुक्रमांक–.....

1. परीक्षार्थी का नाम :– (हिन्दी में).....
   (अग्रेजी में).....
2. पिता/पति का नामः– (हिन्दी में).....
   (अग्रेजी में).....
3. माता का नाम : (हिन्दी में).....
   (अग्रेजी में).....
4. जन्मतिथि :– (अंको में).....
   (शब्दों में) .....
5. स्थाई पता :– .....
   .....
6. प्रशिक्षण पाठ्यक्रम का नाम :–.....
7. प्रवेश सत्र :–.....
8. प्रशिक्षण केन्द्र का नाम एवं पता :–.....
   .....
9. पूरक परीक्षा के विषय :–1–..... 2.....
   3.....4.....5–.....

(परीक्षार्थी के हस्ताक्षर)

संस्था के प्रधानाचार्य द्वारा परीक्षार्थी की प्रमाणित फोटो चस्पा करें ।

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त परीक्षार्थी हमारी संस्था का नियमित छात्र/छात्रा है । उक्त छात्र/छात्रा ने आयुर्वेदिक फार्मेसिस्ट/यूनानी फार्मेसिस्ट/आयुर्वेदिक उपचारिका/यूनानी उपचारिका /प्रसूति प्रशिक्षण पाठ्यक्रम के प्रत्येक विषय में व्याख्यानों एवं प्रदर्शनों में उपस्थित होकर पूर्ण किया है । छात्र/छात्रा का आचरण संतोषजनक है । छात्र/छात्रा की 75 प्रतिशत उपस्थिति पूर्ण है । अतः परीक्षा फार्म के साथ परीक्षार्थी की हाईस्कूल, इण्टरमीडिएट एवं बोर्ड की परीक्षा उत्तीर्ण अंकतालिकाएँ एवं प्रमाण पत्र तथा आधार कार्ड की प्रति छात्र द्वारा स्वप्रमाणित एवं अधोहस्ताक्षरी द्वारा प्रमाणित संलग्न प्रेषित करते हुए छात्र/छात्रा को परीक्षा में सम्मिलित किये जाने की संस्तुति की जाती है ।

प्रधानाचार्य के हस्ताक्षर
एवं मुहर