જનરલ મેરીટ નંબર :- _____________

કેટેગરી મેરીટ નંબર :- _____________

વિદ્યાર્થીનું પુરેપૂરુ નામ :- ____________________

____

સરનામું :- ______________________________

____

____

____

તારીખ :- ___/ /૨૦૧૮

1) મો. નંબર :- ______________________

2) મો. નંબર :- ______________________

પ્રતિ,

ડીનશ્રી,

બી. જે. મેડીકલ કોલેજ, અમદાવાદ.

વિષય : એમ. બી. બી. એસ. કોર્ષના રીપોર્ટીંગ બાબત....

માનનીય સાહેબશ્રી,

ઉપરોકત વિષયે સવિનય જણાવવાનું કે શૈક્ષણિક વર્ષ ૨૦૧૮-૧૯ માં મેડીકલ પ્રવેશ સમિતિ, ગાંધીનગર (ACPUGMEC) દ્વારા મને તા. / /૨૦૧૮ ના રોજ આપની સંસ્થા ખાતે પ્રવેશ ફાળવવામાં આવેલ છે. પ્રવેશની શરત મુજબ હું આજરોજ તા. / /૨૦૧૮ ના રોજ એમ.બી.બી.એસ અભ્યાસ કરવા માટે હાજર થાઉ છું. જે અંગે બોન્ડ સોલ્વન્સી સર્ટીફિકેટ મને પ્રવેશ મળ્યા તારીખ એક માસમાં જમા કરાવવાની બાહેધરી આપું છું. આ સાથે મારો એડમીશન ઓર્ડર અસલમાં બિડાણે સામેલ છે. જે આપશ્રીને વિદિત થાય.

આભાર સહ,

આપનો/આપની વિશ્વાસુ

( )

DETAILS OF STUDENTS

1	FULL NAME OF STUDENT			
2	NAME OF GRAND FATHER			
3	NEET ROLL NO			
4	AIQ MERIT NO.			
5	HSC SEAT NO.			
6	HSC PASSING YEAR			
7	GENDER (M/F)			
8	PHYSICALLY HANDICAPPED	YES / NO		
9	DATE OF BIRTH			
10	BLOOD GROUP			
11	CANDIDATE CATEGORY			
12	ADMITED CATEGORY			
13	**MARKS DETAILS**	**OBTAINED**	**OUT OF**	**PERCENTAGE**
	PCB (THEORY ONLY) (12^{TH})			
	ENGLISH (12^{TH})			
	NEET-2018			
14	ADMISSION DATE			
15	FULL RESIDENTIAL ADRESS			
	PINCODE			
16	MOBILE NO. 1.			
	2.			

PARENT' S SIGNATURE **STUDENT'S SIGNATURE**

DETAILS OF PARENTS/GUARDIAN

1	**FULL NAME OF FATHER**	
2	**PERMANENT ADDRESS**	
3	**MOBILE NO.**	
4	**LANDLINE NO**	
5	**EMAIL ID.**	
6	**LOCAL GUARDIAN'S NAME**	
7	**LOCAL GUARDIAN'S ADDRESS**	
8	**LOCAL GUARDIAN'S MOBILE NO**	

PARENT' S SIGNATURE **STUDENT'S SIGNATURE**

FORM OF CERTIFICATE

MEDICAL CERTIFICATE OF EXAMINATION OF A CANDIDATE FOR ADMISSIONTO MEDICAL & PARAMEDICAL COURCES

I hereby certify that I have examined Shri/ Kum/ Smt. ....a candidate for admission to the Medical / Paramedical courses and cannot discover that he/she has any disease, constitutional weakness or bodily infirmity except ....

I do not consider this a disqualification for admission to the Medical / Paramedical courses. His / Her age, according to his / her own statement, is .... years and appearance ....years.

Marks of Identification : ____________________________

Impression of left thumb

Date : /4 /201

(1) Signature
(2) Full Name
(3) Qualification (Minimum M.B.B.S.)
(4) Registration No.

UNDER TAKING

" I hereby agree to conform to the rules and regulations at present in force or that may hereafter be made for governance of Medical and Paramedical courses and I undertake that during such course, I will do nothing either inside or outside the College that will interfere with the orderly governance and discipline. I am also aware that ragging is banned and if found guilty, I shall be liable for cancellation of admission and punishment as per rules. "

Date :

Place :

Signature of the Candidate

Signature of the Parent / Guardian

B. J. MEDICAL COLLEGE, AHMEDABAD - 380016. (INDIA)

GOVERNMENT OF GUJARAT

DEAN : 079 - 22681024
OFFICE : 079 - 22680074
FAX : 079 - 22683067
Email : dean.bjmc@hotmail.com

ANNEXURE I, Part I

UNDERTAKING BY THE CANDIDATE / STUDENT

1. I, ____

   S/o. D/o. of Mr./Mrs./Ms. ____have carefully read and fully understood the law prohibiting ragging and the directions of the Supreme Court and the Central / State Government in this regard.

2. I have read the copy of the MCI Regulations on Curbing the Menace of Ragging in Higher Educational Institutions, 2009.

3. I hereby undertake that-

   - I will not indulge in any behavior or act that may come under the definition of ragging,
   - I will not participate in or abet or propagate ragging in any form,
   - I will not hurt anyone physically or psychologically or cause any other harm.

   I hereby agree that if found guilty of any aspect of ragging, I may be punished as per the provisions of the MCI Regulations mentioned above and / or as per the law in force.

Signed this ____________day of _____________month of ____________year.

Signature

Address: ________________________________

____

____

Name :

1) Witness :

2) Witness :

B. J. MEDICAL COLLEGE, AHMEDABAD - 380016. (INDIA)

GOVERNMENT OF GUJARAT

DEAN : 079 - 22681024
OFFICE : 079 - 22680074
FAX : 079 - 22683067
Email : dean.bjmc@hotmail.com

ANNEXURE I, Part II

UNDERTAKING BY PARENT/ GUARDIAN

1. I, ____

   F/o. M/o. of G/o. ____have carefully read and fully understood the law prohibiting ragging and the directions of the Honorable Supreme Court and the Central / State Government in this regard as well as the MCI Regulations on Curbing the Menace of Ragging in Higher Educational Institutions, 2009.

2. I assure you that my son / daughter / ward will not indulge in any act of ragging.

3. I hereby agree that if he / she is found guilty of any aspect of ragging, he / she may be punished as per the provisions of the MCI Regulations mentioned above and / or as per the law in force.

Signed this _____________day of ______________month of _____________year.

Signature

Address: _____________________________________

____

____

Name :

1) Witness :

2) Witness :

B. J. MEDICAL COLLEGE, AHMEDABAD for U.G. Students

Year of Admission ___________________

Valid Up to ______________

PHOTO

FILLED IN BLOCK CAPITALS

FULL NAME (As per Mark sheet):-

____

DATE OF ADMISSION:-____

DATE OF BIRTH (As per L.C./Documents):-____

BLOOD GROUP:-____________________ LOCALITE/HOSTELITE (ROOM NO):-______________

LOCAL ADDRESS:-____

____

____

PHONE NO:-__________________________________ Email ID (Student):- _____________________

MOBILE NO:-__________________________________

PERMEANENT ADDRESS: - ____

____

____

PHONE NO :- (Residence): - ____

MOBILE NO :- (Parents/Guardian):-____________________________________

Email ID: - (Parents/Guardian):- _______________________________________

Signature of Students

FOR OFFICE USE ONLY

Remarks: -

Signature of In-charge

Dean
B. J. Medical College, Ahmedabad.

B.J.MEDICAL COLLEGE, AHMEDABAD
(Application Form for the Library Membership)

To,
The Dean,
B.J.Medical College, Ahmedabad-380016

Sir,

I intend to become a member of our library as UG/Pg/Faculty. I have read the rules & regulation printed on the back of this form & I agree to abide with them.

PARTICULARS

1. **Full Name :**____
   In Block Letters Surname First Name Father's Name

2. **Father's (Gardian's) Name:**____
   Father's (Gardian's) Occupation: _____________**Official Contact No.**_____________________

3. **Permant Address:**____
   (Residential) ____

4. **Hostel OR Present Address:**
   ____

5. **Designation: U.G/P.G/Faculty Class & Term if U.G.**______________

6. **Duration**

Yours' Faithfully,

( )

<u>UNDERTAKING by two staff members / Students of B.J.M.C. Ahmedabad.</u>

1. **Mr./Dr.**____**Designation**______________

2. **Mr./Dr.**____**Designation**______________

I hereby undertaking to pay amount that may be found recoverable from Mr/Dr_____________________________________**due to late fee, loss of books / journals ets. Immediately on receipt of the intimation from the authorities concerned.**

Signature of Staff / Student Address
1)

2)

The above facts have been verified from the office records.
Recommended / Not recommended for library membership

HOD	**Director**	**Dean**
(applicable incase of Faculty)	**(Postgraduate Studies)**	**(B.J.M.C)**

B.J.MEDICAL COLLEGE, AHMEDABAD
Library Rules & Regulations

1. Every Student & Teaching Staff of this College is entitled to make use of the library facilities.
2. Always **perfect silence** is expected in the library. Conversation, Discussion, Chatting, Gossiping, mobile talking, Smoking, etc. are strictly prohibited in the library premises
3. Entry with the **personal belongings is prohibited** in the library.
4. The library will remain closed on all Sundays and on Public holidays.
5. The library timings will be notified on the notice board from time to time.
6. Books should be returned to the library as per dates assigned. Failing to comply will cost a reader **Rs. 1=00 (One) penalty per day.**
7. If a book is **lost** or damaged, it should be notified to the librarian immediately. Usually the book has to be **replaced the same or the latest edition of the same** author & title by the reader. The librarian with the consultation of the Dean would claim the total cost of the book in case of unavailability in the market (It may vary as per the circumstances & situation).
8. Books / Journals / Library Cards etc. are not transferable. They are issued only for the use to the person to whom they are issued.
9. Reference books are not issued for home.
10. The undergraduate students will not be allowed to enter in the Journal Section. (i.e. P.G. & Staff Library).
11. The books & journals should be used very carefully. No pages should be torned or no writing should be made on any part of the book or journal.
12. No furniture in the library should be defaced or damaged by any reader.
13. **Disregarding the rules, a reader might forfeit the privilege of entering into the library.**
14. All the students will have to collect a no Due Certificate from the library after the completion of their study and similarly the staff members will also required to **collect 'N D C' before leaving the institution.**

I have read the above library rules and I agree to abide with them.

Signature :____________ Name :____________ Date :__________

Received Lib. Card No. : ______ Date : __________ Signature : __________

B.J.Medical College,Ahmedabad
Application for Hostel Accommodation.

Affix passport
Size photograph of
Candidate

To,
The chief Warden
B.J.Medical College,Ahmedabad.

Sir.

I hereby Apply for Hostel Accommodation accordingly Submit following Bio-data along with necessary documents for it.

1. Name of Applicant in Full :---

2. Father's Name in full :---

3. Father's Occupation :---

4. Permanent residential Address :--

- --

5. Phone No. : (Self):---(Father/Mother) :------------------------

6. Local Address if guardian/relative with Name :---

7. Details of Xll/CEB Result :---

Marks obtained : -------------------------------------Aggregate :---------------------------------

Science Subject---

Maximum Marks :------------------------------Theory : -------------------------Practical:----------------

HSC Seat No No.-------------------------------Guj Cet Seat No.---------------------------------

Year of passing :-----------------------------------

8. Calegory :---

9. Documents Enclose (Attested Gopies only)

A: 1. Xll/CEB Mark sheet 2. Guj Cet Mark sheet
B. School Leaving Certificate
C.Caste Certificate
D.Passport Size Photo (Two)
E.Address Proof
F.Admission order of MBBS Coures & Hostel

10. Declaration: I shall abide by the rules regulations of Hostel Accommodations

Place: -------------------------- Signature of Candidate:---

Date: --------------------------- Signature of Father/Mother/Guardian--------------------------------

---

(FOR OFFICE USE ONLY)

1. *Admission Granted/Not Granted:*
2. *Hostel Block:--------------Room No. :-------------------------------*
3. *Hostel Fee Rs. 1200/- Receipt No. :-------------------------------*
4. *Hostel Deposited Rs. 1000/- Receipt No :----------------------------Date : ------------------------------*

DECLARTION BY THE CANDIDATE

I hereby declare that the particulars furnished in the application form are correcr to Best of my Knowledge and understanding. I have verified my eligibility to apply against the Category to which I am entitled. In case of incomplete information, I understand that my Candidature is likely to be cancelled and in case any information furnished in the form is Found to be incorrect or false , at any stage, my candidature/admission shall be cancelled Without prior notice, l further declare that l shall abide by the provisions of the Act and Ru Made there under or any directions / instructions of the Admission Committee for Professionl Medical Education Courses, I am also aware that ragging is banned and if fou Guilty. I shall be liable for cancellation of admission and punishment as per rules.

Date :------------------------- ***Signature of Candidate:-------------------------------***

Place :------------------------- ***Signature of Father/Mother/-----------------------***
--

<u>બી.જે.મેડીકલ કોલેજ,અમદાવાદ.</u>

<u>સ્નાતક હોસ્ટેલ અંગેના સામાન્ય નિયમો</u>

૧.પ્રવેશ પાત્રતા ઃ- હોસ્ટેલ પ્રવેશ મેળવવા માટે નિયત ફોર્મમાં અરજી કરવી.

૧. બી.જે.મેડીકલ કોલેજ,અમદાવાદ ખાતે સ્નાતક કક્ષાએ અભ્યાસ કરતા વિદ્યાર્થી.
૨. બહારગામ (ગાંધીનગર/અમદાવાદ સિવાય) ના વિદ્યાર્થી.
૩. પરીક્ષામાં મેળવેલ ગુણ (મેરીટ) ના આધારે પ્રવેશ
૪. રાજયની અન્ય મેડીકલ કોલેજમાંથી બદલી કરાવી આવેલ બહારગામનો વિદ્યાર્થી.
૫. ગાંધીનગરના વિદ્યાર્થીને હોસ્ટેલમાં રૂમ ફાળવવામાં આવશે નહી.
૬. અમદાવાદના સ્થાનિક વિદ્યાર્થીઓને કોઇપણ સંજોગોમાં હોસ્ટેલ પ્રવેશ આપવામાં આવશે નહી.

૨.હોસ્ટેલ/રૂમની ફાળવણી/બદલીઃ-

૧. હોસ્ટેલ પ્રવેશ આપતી વખતે ફાળવવામાં આવેલ રૂમમાં જ વિદ્યાર્થીઓએ રહેવું.
૨. હોસ્ટેલ બદલી અંગેની અરજી કોઇપણ સંજોગોમાં માન્ય રાખવામાં આવશે નહી.
૩. વિદ્યાર્થીઓએ મનસ્વી રીતે હોસ્ટેલ રૂમ બદલવી નહી.
૪. રૂમ બદલવાની ઇચ્છા ધરાવનાર વિદ્યાર્થીઓએ સત્રની શરૂઆતમાં ૧૫ દિવસમાં આ બાબતે લેખીત અરજી હોસ્ટેલ અધિક્ષકશ્રીને આપવાની રહેશે અને રૂમ બદલવાની મંજુરી મલ્યા બાદ જ રૂમ બદલવી.
૫. વિદ્યાર્થીઓએ દર સત્રના પ્રવેશ માટે ફોર્મ ભરી સત્રના છેલ્લા ૧૫ દિવસમાં હોસ્ટેલ અધિક્ષક પાસે રજુ કરવુ અને નવા સત્રમાં આ અંગે ખાત્રી કરી લેવી.
૬. વિદ્યાર્થીઓએ કોઇ સીનીયર વિધાર્થીઓના કહેવાથી રૂમ બદલવી નહી રૂમ બદલનાર સામે શિસ્તભંગના પગલા લેવામાં આવશે.

૩.હોસ્ટેલ ફી /ડીપોઝીટ ઃ-

૧. પ્રવેશ મેળવનાર વિદ્યાર્થીઓએ હોસ્ટેલ ફી તથા ડીપોઝીટ હોસ્ટેલ અધિક્ષક પાસે ભરી તેની રસીદ મેળવી લેવી.
૨. અધિકૃત વ્યકિત આ રસીદ જોવા/તપાસવા માંગે ત્યારે વિદ્યાર્થીઓએ રજુ કરવાની રહેશે.
૩. હોસ્ટેલ ફી દર સત્રની શરુઆતમાં એક મહીનાના સમયગાળામાં ભરવી જરૂરી છે. આ સમય મર્યાદામાં ફી નહી ભરનાર વિદ્યાર્થીએ દંડ તરીકે પ્રતિ માસના રૂા.૧૦/- લેખે વધુ ભરવાના રહેશે.

૪.હોસ્ટેલ ઓળખપત્રઃ-

૧. હોસ્ટેલમાં પ્રવેશ મેળવનાર વિદ્યાર્થીઓને ઓળખપત્ર આપવામાં આવશે.
૨. આ ઓળખપત્ર હંમેશા સાથે રાખવું જરૂરીછે.
૩. આ ઓળખપત્રની કિમત રૂા. ૧૦/- તથા વિદ્યાર્થીએ પોતાનો એક ફોટો પ્રવેશ સમયે આપવાનો રહેશે.
૪. અધિકૃત વ્યકિત ઓળખપત્ર જોવા માંગે ત્યારે વિદ્યાર્થીએ બતાવવાનું રહેશે.
૫. પ્રવેશ ઓળખપત્ર ગુમ થતા નવા ઓળખપત્ર અંગે અરજી કરવી તથા તે અંગે જરૂરી રૂા.૧૦/- જમા કરવવાના રહેશે.
૬. ઓળખપત્ર વિનાની વયકતી બિનઅધિકૃત વ્યકિત ગણવામાં આવશે.

૫.નો ડયુ પ્રમાણપત્ર ઃ-

૧. હોસ્ટેલના નો ટયુ પ્રમાણપત્ર મેળવતી વખતે વિદ્યાર્થીઓએ પોતાની રૂમ તથા ફર્નીચરનો સંપૂર્ણ હવાલો હોસ્ટેલ અધિક્ષકને સોપવાનો રહેશે તથા ઓળખપત્ર જમા કરાવવાનું રહેશે.

૬.બિનઅધિકૃત વ્યકિત ઃ-

૧. બી.જે.મેડીકલ કોલેજના સ્નાતક અભ્યાસક્રમનો વિધાર્થી જે તે હોસ્ટેલ પ્રવેશ મેળવેલ છે તે સિવાય તમામ વ્યકિતઓને બિન અધિકૃત વ્યકિત ગણવામાં આવશે.

૨. આવી બિનઅધિકૃત વ્યકિત સામે પોલીસ પગલાં ભરવા સુધીની કાર્યવાહી કરવામાં આવશે.

૩. બિનઅધિકુત વ્યકિતને આશરો આપનાર વિધાર્થીઓ સામે હોસ્ટેલ પ્રવેશ રદ કરવા સુધીના પગલા ભરવામાં આવશે.

૪. આવી વ્યકિત સાથે પગલા ભરવાની સતા સલામતી અધિકારી,હોસ્ટેલ અધિક્ષક,વોર્ડન તથા ડીનશ્રીને સોપવામાં આવેલછે.

૭.હોસ્ટેલની ચકાસણી/તપાસઃ-

૧. હોસ્ટેલની કોઇપણ રૂમની તપાસ સલામતી અધિકારી,હોસ્ટેલ અધિક્ષક,વોર્ડન તથા ડીનશ્રી ગમે તે સમયે વિના કારણ દર્શાવે કરી શકશે.

૨. આવી તપાસ સામે અડચણ ઉભી કરનાર વિધાર્થીઓ સામે કાયદેસરના પગલા ભરવામાં આવશે.

૮.હોસ્ટેલમાં નીચે જણાવેલ બાબતો પર સખત પ્રતિબંધછે.

૧. રાજકીય અથવા સામાજીક પ્રવૃત્તિ

૨. સ્ત્રી સંબધીને રૂમમાં લાવવા અંગે

૩. નશાકારક પદાર્થોના સેવન પર

૪. વીડીઓ લાવવા અંગે

૫. રસોઇ બનાવવા અંગે

૬. વીજળીથી ચાલતા સાધનો જેવાકે સગડી,હીટર,ઇસ્ત્રી,એરકુલર,રેફ્રીજરેટર,,વગેરેના વપરાશ પર

૯.ફર્નીચરઃ-

૧. હોસ્ટેલના મકાન તથા તેના ફર્નીચરને નુકશાન કરનાર વિધાર્થીઓ પાસેથી નુકશાનની રકમ વસુલ કરી કાયદેસરના પગલા ભરવામાં આવશે.

૨. હોસ્ટેલ અધિક્ષકની પરવાનગી વીના કોઇપણ ફર્નીચર અન્ય રૂમમાં લઇ જવુ નહી.

૧૦.ફરીયાદ અંગેઃ-

૧. હોસ્ટેલ અંગેની કોઇપણ ફરીયાદ લેખીત રૂપે હોસ્ટેલ અષ્ધિક્ષક પાસે રજુ કરવી.મૌખિક ફરીયાદ પર ધ્યાન આપવામાં આવશે નહી.

૧૧.હોસ્ટેલમાં ગેરહાજરીઃ-

૧. બે દિવસથી વધારે સાથે હોસ્ટેલમાં ગેરહાજર રહેવાના પ્રસંગોએ જે તે વિધાર્થીએ હોસ્ટેલ અધિક્ષકને ગેરહાજરીના સમયનું સરનામુ લેખીતમાં અગાઉથી આપવું ફરજીયાતછે.જેથી આકસ્મીક સંજોગોમાં સંપર્ક કરવામાં સરળતા રહે.

૧૨.નિયમ ભંગ બાબતઃ-

હોસ્ટેલમાં પ્રવેશ મેળવનાર દરેક વિધાર્થીએ હોસ્ટેલના તમામ નિયમોનું ચુસ્તપણે પાલન કરવાનું રહેશે.નિયમનો ભંગ કરનાર વિધાર્થી સામે હોસટેલ પ્રવેશ રદ કરવા સુધીના પગલા ભરવામાં આવશે અને આ અંગેની જાણ પિતા વાલીને કરવામાં આવશે.

૧૩. હોસ્ટેલમાં પ્રવેશ પહેલા ડીપોઝીટ રૂા.૧૦૦૦/-તથા હોસ્ટેલ ફી રૂા. ૧૨૦૦/- ભરવાના રહેશે.

૧૪. હોસ્ટેલના રૂમની અંદર સગડી,હીટર,ઇસ્ત્રી,એ.સી.,એરકુલર,રેફ્રીજરેટર વાપરવાની સખત મનાઇછે.જો સગડી, ,હીટર,ઇસ્ત્રી,એ.સી.,એરકુલર,રેફ્રીજરેટર પકડાશે તો જપ્ત થશે અને વિધાર્થીને હોસ્ટેલમાંથી બરતરફ કરવામાં આવશે તેમજ કોલેજ તરફથી જે પગલા લેવામાં આવશે તે દરેક વિધાર્થીને બંધનકર્તા રહેશે.

૧૫. હોસ્ટેલમાં પવેશ બાબતની વિવદાસ્પદ અરજી બાબતે તથા હોસ્ટેલના સામાન્ય નિયમોમાં બરતરફ કરવાની આખરી સત્તા ડીનશ્રી,બી.જે.મેડીકલ કોલેજ,અમદાવાદની રહેશે.

સ્થળઃ .... વિધાર્થીની સહીઃ-...

તારીખઃ-................................... વાલીની સહીઃ-..

અતુલ્યમ-૧૧/૧૨ / સોપાનમ ૭/૮

રૂમ નંબર -

નં.હોસ્ટેલ/રૂમ ફાળવણી/ /૧૮

વોર્ડનશ્રીની કચેરી,

અતુલ્યમ-૧૧/૧૨ / સોપાનમ ૭/૮ ની કચેરી

(ન્યુ.યુ.જી.હોસ્ટેલ)

આઇ.જી.પી.કંમ્પાઉન્ડ,ન્યુ મેન્ટલ,મેઘાણીનગર,અમદાવાદ

તા. / /૨૦૧૮

કચેરી આદેશ

વિષયઃ-અતુલ્યમ-૧૧/૧૨ / સોપાનમ ૭/૮ (ન્યુ.યુ.જી.હોસ્ટેલ) ખાતે રૂમ ફાળવવા બાબત......

હોસ્ટેલ ખાતે રૂમ ફાળવવાની અરજીના અનુસંધાને અત્રેની સંસ્થાના નીચે મુજબના પ્રથમ વર્ષ એમ.બી.બી.એસ. માં પ્રવેશ મેળવનાર વિધાર્થીઓને અત્રેની સંસ્થાના હોસ્ટેલ અંગેના પ્રવેશ નિયમોનું ચુસ્તપણે પાલન કરવાની શરતે અતુલ્યમ-૧૧/૧૨ / સોપાનમ ૭/૮ ખાતે (ન્યુ.યુ.જી.હોસ્ટેલ) રૂમ નંબરઃ...............ફાળવવામાં આવેછે. વિધાર્થીએ ફાળવેલ રૂમમાં જ ફરજીયાતપણે રહેવાનું રહેશે.

(૧)

(૨)

(૩)

(૪)

ડીન

બી.જે.મેડીકલ કોલેજ,અમદાવાદ

પતિ,

સંબધિત વિધાર્થીઓ.

અતુલ્યમ-૧૧/૧૨ / સોપાનમ ૭/૮, રૂમ નં. ....

Affix a passport sized photograph within this box

STUDENT'S INFORMATION FORM
BATCH – AUGUST 2018–19
Department of anatomy
B.J. Medical College, A'bad-16

Name - ………………………………………… **Roll no. – ……………………**

Date of birth - ………………………………… **Contact no. – …………………**

Blood group - ………………………………… **Date of admission – …………….**

E –mail ID – …………………………………..

Localite / Hostelite – …………………………

Local address - …...Hostel : Block ………….

……………………………………………………… : Room no. ………..

PARTICULARS OF FAMILY:

Father's name -…………………………………… **Profession –………………………..**

Mobile no. - ………………………………………… **E- mail ID – ……………………….**

Mother's name -…………………………………… **Profession – ………………………..**

Mobile no. - ………………………………………… **E- mail ID- ………………………..**

PERMANENT ADDRESS WITH PIN CODE:

....

…………………………………………………………………………………………

ACADEMIC PROGRESS REPORT

Counseling for Attendance, Performance and Others

Counseling	Date	Signature of student	Signature of Parents/ Guardian	Any remarks
1st term				
2nd term				

Signature of the student

FOR OFFICE USE ONLY

Signature of student **Signature of In-charge**