

For Provisional Registration (Page-1)

Date:/...../.....

Student ID

To,

**The Dean Faculty of Medicine
U.P. U.M.S., Saifai, Etawah**

Subject: Regarding to issue Passout & Attempt cum Character Certificate

Sir,

With Due Respect I want to inform you that, I have passed M.B.B.S. Professional Examinations as per details given below:

<i>Sl.</i>	<i>Examination</i>	<i>Roll No.</i>	<i>Month & Year of Exam</i>	<i>Attempt</i>
1	First Professional M.B.B.S. Exam			
2	Second Professional M.B.B.S. Exam			
3	Final Part-1 Professional M.B.B.S. Exam			
4	Final Part-2 Professional M.B.B.S. Exam			

Kindly issue me Passout certificate so that I can complete my provisional registration process and start MBBS Internship. Please also issue me Attempt cum Character Certificate for future use.

I am enclosing following documents:

- 1- Original Provisional Registration form
- 2- Self Attested copy of online printed Provisional registration form
- 3- Self Attested copy of all MBBS Mark-sheets.
- 4- Self Attested copy of High School & Intermediate Document
- 5- Self Attested copy of Aadhar Card

Signature

Name:.....

Father's Name :

Email ID :

Whatsapp No.

Mobile No.:.....

Address :

.....

..... Pin Code:

For Internship Completion & Permanent Registration (Page- 2 to 7)

Date:/...../.....

Student ID

To,
The Dean (Faculty of Medicine)
U.P. U.M.S., Saifai, Etawah

Subject: Regarding to issue Internship Completion and Original documents which were submitted at the time of Admission.

Sir,
With Due Respect I want to inform you that, I have passed M.B.B.S. Final Professional Part-2 Examination held in the month ofyear My provisional registration number is I have completed my one year compulsory rotatory internship from/...../..... to/...../..... as per details given below:

Training Hospital-1

From/...../..... to/...../..... name of hospital

Training Hospital-2 (if applicable)

From/...../..... to/...../..... name of hospital

So, kindly issue me Internship Completion and my original documents.

I am enclosing following documents:

- 1- Self-attested copy of Provisional Registration Certificate
- 2- Department wise Internship Completion Certificate in Original
- 3- No-Dues Certificate in Original
- 4- Hostel Vacant Certificate in Original
- 5- Internship Log book in original

Signature of Intern

Name:.....

Father's Name :

Email ID :

Whatsapp No.

Mobile No.:.....

Address :

.....

..... Pin Code:

Uttar Pradesh University of Medical Sciences, Saifai, Etawah

Department wise MBBS Internship Completion Certificate

Name of Intern: Mobile No.: Provisional Reg. No. St_ID

MBBS Internship Period: From/...../..... to/...../.....

Sl	Department	Actual Duration	Dates of Internship Completion		Leave Record (please mention if leave availed)	Extension Required (Y or N) (if Y then No. of Days)	Signature & Stamp of HOD
			From	To			
1	Community Medicine	12 weeks/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....			
2	General Medicine	06 weeks/...../...../...../...../...../...../...../.....			
3	General Surgery	06 weeks/...../...../...../...../...../...../...../.....			
4	Obst. & Gynae (including Family Welfare Planning)	07 weeks/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....			
5	Paediatrics	03 weeks/...../...../...../...../...../...../...../.....			
6	Forensic Medicine & Toxicology	01 week/...../...../...../.....			
7	Dermatology, Venereology and Leprology	01 week/...../...../...../.....			
8	Radio Diagnosis	01 week/...../...../...../.....			
9	Respiratory Medicine	02 weeks/...../...../...../...../...../...../...../.....			

Sl	Department	Actual Duration	Dates of Internship Completion		Leave Record (please mention if leave availed)	Extension Required (Y or N) (if Y then No. of Days)	Signature & Stamp of HOD
			From	To			
10	Orthopaedics including Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R)	02 weeks/...../...../...../.....			
11	Emergency/ Trauma/ Casualty	02 weeks/...../...../...../.....			
12	Psychiatry	02 weeks/...../...../...../.....			
13	Anaesthesiology & Critical Care	02 weeks/...../...../...../.....			
14	Otorhinolaryngology	02 weeks/...../...../...../.....			
15	Ophthalmology	02 weeks/...../...../...../.....			
16	AYURVEDA (Indian Systems of Medicine)	01 week/...../...../...../.....			

If Extension (please mention):

Sl	Department	Days	Extension Period Completion Dates		Signature & Stamp of HOD
			From	To	
1		/...../...../...../.....	
2		/...../...../...../.....	
3		/...../...../...../.....	
4		/...../...../...../.....	
5		/...../...../...../.....	
6		/...../...../...../.....	

NOTE:- If internship hospital is other than UPUMS, then please enclosed the internship completion certificate issued by concerned hospital/institution.

Name of Intern:

Signature with date

Uttar Pradesh University of Medical Sciences, Saifai, Etawah

NO DUES CERTIFICATE (For MBBS Student/Intern)

Mr./Ms./Mrs. S/o/D/o Sri Student of MBBS Batchhas passed MBBS Final Professional (Part-II) Examination & successfully completed his/her internship on/...../20..... In this respect, all HOD's are hereby requested to kindly issue "No Dues" to this student/intern. If any adverse remark about issuing the no dues, the same must be recorded and immediately inform to Dean (Faculty of Medicine).

Sl. No.	Name of the Department/ Section	Certificate of No Dues may be confirmed by the concerned I/c or HOD. If any amount, item or recovery is still due, should be mentioned here, otherwise No Dues may be indicated			Name & Signature with Stamp & Date	
		Dues/ No Dues	Dept. Entry No.*	Date	Co-ordinator/ Dealing Assistant	Concerned HOD/ Officer In-charge/ Section Head only
1	Anatomy					
2	Physiology					
3	Biochemistry					
4	Pathology					
5	Pharmacology					
6	Microbiology					
7	Forensic Medicine					
8	Community Medicine					
9	E.N.T.					
10	Ophthalmology					
11	Surgery					
12	Medicine					
13	Paediatrics					
14	Obs. & Gynae					
15	Orthopaedics					
16	Dentistry					

17	Dermatology					
18	Respiratory Medicine					
19	Psychiatry					
20	Emergency/ Trauma/ Casualty					
21	Radio Diagnosis					
22	Anaesthesiology					
23	OPD In-charge					
24	Medical Superintendent Office					
25	Central Library					
26	Gymnasium					
27	Hostel Mess					
28	Hostel					
29	Bank of India					
30	Alumni Cell					
31	Accounts (Intern Stipend)					
32	Accounts (Annual & other Fee)					
33	Scholarship Cell					

Signature of Intern with date

Signature of Dean Faculty of Medicine

Note:- Dept. Entry No. का अर्थ है कि समस्त विभाग अपने रजिस्टर में छात्र का सम्पूर्ण विवरण अंकित करते हुए अदेयता प्रमाणक जारी करें तथा इस प्रमाण पत्र में नम्बर व दिनांक अंकित करें, ताकि भविष्य में किसी भी प्रकार की जानकारी/सूचना उपलब्ध कराने में असुविधा न हो। इस अदेयता प्रमाण पत्र के आधार पर ही छात्र/छात्रा/इन्टर्न को समस्त प्रकार की काशनमनी/अन्य धनराशि/मूल अभिलेख अवमुक्त कर दिये जायेंगे।

उत्तर प्रदेश आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय, सैफई, इटावा

सेवा में,

दिनांक: / /

मुख्य छात्रावास अधीक्षक/
प्रभारी आवास आवंटन
यूपीयूएमएस, सैफई।

विषय— विश्वविद्यालय में आवंटित छात्रावास/आवास को रिक्त करने के सम्बन्ध में।

महोदय,

मैं विश्वविद्यालय के छात्रावास/आवास के कक्ष संख्या में निवास कर रहा था। मेरी अध्ययन अवधि/कार्यकाल दिनांक / / को पूर्ण हो चुका है/मैंने त्यागपत्र दे दिया है/मुझे विश्वविद्यालय से अन्यत्र स्थानान्तरित होना है। इसलिए मैं विश्वविद्यालय से कार्यमुक्त हो चुका हूँ।

कार्यमुक्त होने के पश्चात मैंने दिनांक / / को उपरोक्त छात्रावास/आवास को रिक्त करते हुए सम्बन्धित केयर टेकर को समस्त इनवेन्ट्री हस्तगत कर दी है। उक्त के पश्चात छात्रावास/आवास एवं मेस से सम्बन्धित कोई भी देयता मुझ पर अवशेष नहीं है। कृपया उक्त की पुष्टि करने/कराने का कष्ट करें।

छात्र/छात्रा/इन्टर्न/रेजिडेन्ट के दिनांक सहित हस्ताक्षर

मोबाईल नम्बर—

नाम—

ईमेल आई.डी.—

पीजी/नान पीजी/सीनियर रेजिडेन्ट—पदनाम/विभाग —

एमबीबीएस/पी0जी0 बैच—

मुख्य छात्रावास अधीक्षक/प्रभारी आवास कार्यालय के प्रयोगार्थ

छात्र/छात्रा/रेजिडेन्टकी अध्ययन अवधि/कार्यकाल दिनांक / / को पूर्ण हो चुका है तथा इन्होंने दिनांक / / को छात्रावास/आवास रिक्त कर दिया है। इस प्रकार इनसे विश्वविद्यालय में योगदान देने की तिथि से दिनांक तक का छात्रावास/आवास शुल्क एवं विद्युत शुल्क जमा कराये जाने के पश्चात इनपर छात्रावास/आवास एवं मेस से सम्बन्धित किसी भी प्रकार की कोई देयता अवशेष नहीं रहेगी। इनकी सिक्क्योरिटी धनराशि/छात्रवेतन को अवमुक्त किये जाने की कार्यवाही हेतु लेखा विभाग/छात्र प्रकोष्ठ को अग्रसारित।

सम्बन्धित केयर टेकर के नाम सहित हस्ताक्षर

मुख्य छात्रावास अधीक्षक/प्रभारी आवास आवंटन के दिनांक सहित हस्ताक्षर एवं मोहर

केवल एम0बी0बी0एस0 एवं पी0जी0 छात्र/छात्राओं हेतु

एमबीबीएस छात्र/छात्रा/पी0जी0 रेजिडेन्ट के विश्वविद्यालय में प्रवेश से लेकर छात्रावास रिक्त करने की तिथि तक के छात्रावास शुल्क एवं विद्युत शुल्क के साथ-साथ अन्य वार्षिक शुल्क, जिसका रखरखाव लेखा विभाग द्वारा किया जाता है, प्राप्त कर लिया गया है, जिसके अनुसार छात्र/छात्रा पर कोई भी देयता अवशेष नहीं है।

लेखा विभाग से सम्बन्धित पटल सहायक/इन्चार्ज के दिनांक सहित हस्ताक्षर