

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

To,

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

Subject: Regarding to issue Internship Completion Certificate for FMG candidates.

Sir,

With due respect I want to inform you that, my provisional registration number is, which is issued by UP Medical Council. I have completed my one year compulsory rotatory internship from/...../..... to/...../..... as per details given below:

So, kindly issue me Internship Completion Certificate.

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 FMG (MBBS) Internship Completion Certificate

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

FMG Internship Period: From/...../..... to...../...../.....

Sl	Department	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
		Weeks	From	To			
1	Community Medicine (12 weeks)	4 weeks	/...../.....	/...../.....			
		4 weeks	/...../.....	/...../.....			
		4 weeks	/...../.....	/...../.....			
2	General Medicine (06 weeks)	4 weeks	/...../.....	/...../.....			
		2 weeks	/...../.....	/...../.....			
3	General Surgery (06 weeks)	4 weeks	/...../.....	/...../.....			
		2 weeks	/...../.....	/...../.....			
4	Paediatrics (03 weeks)	2 weeks	/...../.....	/...../.....			
		1 week	/...../.....	/...../.....			
5	Obst. &Gynae (including Family Welfare Planning) (07 weeks)	4 weeks	/...../.....	/...../.....			
		2 weeks	/...../.....	/...../.....			
		1 week	/...../.....	/...../.....			
6	Forensic Medicine & Toxicology (01 week)	01 week	/...../.....	/...../.....			
7	Dermatology, Venereology and Leprology (01 week)	01 week	/...../.....	/...../.....			
8	Orthopaedics including Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R) (02 weeks)	02 weeks	/...../.....	/...../.....			
9	Emergency/ Trauma/ Casualty (02 weeks)	02 weeks	/...../.....	/...../.....			

Sl	Department	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
		Weeks	From	To			
10	Psychiatry (02 weeks)	02 weeks	/...../.....	/...../.....			
11	Anaesthesiology & Critical Care (02 weeks)	02 weeks	/...../.....	/...../.....			
12	Otorhinolaryngology (02 weeks)	02 weeks	/...../.....	/...../.....			
13	Ophthalmology (02 weeks)	02 weeks	/...../.....	/...../.....			

ELECTIVE POSTINGS

1	AYURVEDA (Indian Systems of Medicine) (01 week)	01 week	/...../.....	/...../.....			
2	Radio Diagnosis (01 week)	01 week	/...../.....	/...../.....			
3	Respiratory Medicine (02 weeks)	1 week	/...../.....	/...../.....			
		1 week	/...../.....	/...../.....			

If Extension (please mention):

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

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 FMG (MBBS) Intern)

Mr./Ms./Mrs. S/o/D/o Sri
 FMG (MBBS) has successfully completed his/her internship on/...../20..... In this respect, all HOD's are hereby requested to kindly issue "No Dues" to this 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	Community Medicine					
2	E.N.T.					
3	Ophthalmology					
4	Surgery					
5	Medicine					
6	Paediatrics					
7	Obs. & Gynae					
8	Forensic Medicine					
9	Orthopaedics					
10	Dermatology					
11	Respiratory Medicine					

12	Psychiatry					
13	Emergency / Trauma / Casualty					
14	Radio Diagnosis					
15	Anaesthesiology					
16	OPD In-charge					
17	Medical Superintendent Office					
18	Hostel Mess					
19	Hostel					
20	Bank of India					
21	Accounts (Intern Stipend)					
22	Accounts (Annual & other Fee)					

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 प्रमाणपत्र में नम्बर व दिनांक अंकित करें, ताकि भविष्य में किसी भी प्रकार की जानकारी/सूचना उपलब्ध कराने में असुविधा न हो। इस अदेयता प्रमाणपत्र के आधार पर ही छात्र/छात्रा/इन्टर्न को इन्टर्नशिप कम्प्लीशन प्रमाण पत्र निर्गत कर दिया जायेगा।

उत्तर प्रदेश आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय, सैफई, इटावा

सेवामें,

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 केयरटेकर 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/रेजिडेंट के दिनांक सहित हस्ताक्षर

मोबाईल नम्बर-

नाम-

ईमेल आई.डी.-

पीजी/नान पीजी/सीनियर रेजिडेंट-पदनाम/विभाग-
.....

एमबीबीएस/पी0जी0 बैच-

मुख्य छात्रावास अधीक्षक/प्रभारी आवास कार्यालय के प्रयोगार्थ

छात्र/छात्रा/रेजिडेंटकी अध्ययन अवधि/कार्यकाल दिनांक / / को पूर्ण हो चुका है तथा इन्होंने दिनांक / / को छात्रावास/आवास रिक्त कर दिया है। इसप्रकार इनसे विश्वविद्यालय में योगदान देने की तिथि से दिनांक तक का छात्रावास/आवास शुल्क एवं विद्युत शुल्क जमा कराये जाने के पश्चात इन पर छात्रावास/आवास एवं मेस से सम्बन्धित किसी भी प्रकार की कोई देयता अवशेष नहीं रहेगी। इनकी सिक्योरिटी 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 रेजिडेंट 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