

राष्ट्रीय मानसिक विकलांग संस्थान

(विकलांगजन सशक्तिकरण, विभाग, सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार)

मनोविकास नगर, सिकन्दराबाद



NATIONAL INSTITUTE FOR THE MENTALLY HANDICAPPED

(DEPARTMENT OF EMPOWERMENT OF PERSONS WITH DISABILITY,
Ministry of Social Justice & Empowerment, Govt. of India)

Manovikasnagar P.O., Secunderabad 500 009

(An ISO 9001:2008 Institution)



अल्पावधि/प्रमाण-पत्र प्रशिक्षण कार्यक्रम के लिए पंजीकरण फार्मेट REGISTRATION FORMAT FOR SHORT TERM/CERTIFICATE TRAINING PROGRAMME

पंजीकरण शुल्क _____ डी.डी.सं. _____ दिनांक _____ बैंक _____

ब्रांच _____

Registration fee:.....DD No:..... Date:..... Bank:..... Branch:.....

कार्यक्रम का

नाम: _____ दिनांक _____

Name of the program:Date :

समन्वयक: _____

Coordinator:

स्थान: रा.मा.वि.सं. मुख्यालय/ रा.मा.वि.सं. क्षेत्रीय केन्द्र, नई दिल्ली/ रा.मा.वि.सं.एम.एस.ई.सी., नई दिल्ली/रा.मा.वि.सं. क्षेत्रीय केन्द्र,

नवी मुम्बई/ रा.मा.वि.सं. क्षेत्रीय केन्द्र, कोलकाता (आवेदन में स्थान के नाम पर चिह्न लगायें)

Location: NIMH HQ/ NIMH Regional Centre, Noida/ NIMH-MSEC, Noida/ NIMH Regional Centre, Mumbai/NIMH Regional Centre, Kolkata (Tick the location as applicable)

नोट: निर्धारित समय से 20 दिन पूर्व समन्वयक के नाम आवेदन पत्र भेजें।

Note: 1. Application had to be received by the coordinator before 20 days of Schedule (STP)

2. The candidate can download the form and fill it and send the scanned copy to this email id: nimhacademics@gmail.com

1. क) नाम (बड़े अक्षरों में) :

Name in block letters

ख) आयु _____ ग) लिंग _____

Age.....c) Gender.....

2. पत्राचार के लिए पता :

Postal address for correspondence

3. फोन एवं फैक्स नं./Phone & Fax No's :

ई-मेल पता / E-mail Address

4. वर्तमान रोजगार / Present employment :

पदनाम /Post held

वेतन/Salary drawn

5. संगठन का नाम/ Name of the Organization :

6. संगठन का पता/ Address of the Organization :

फोन व फैक्स नं./ Phone & Fax No's

E-mail Address

7. भाग लिए गए पिछले प्रशिक्षण कार्यक्रम का विवरण :

Details of Previous raining

Programmes attended

8. शैक्षणिक /व्यावसायिक योग्यता :
Academic / Professional qualification

9. आर.सी.आई.पंजीकरण संख्या/ RCI registration No :
:

दिनांक:
Date:

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर
Signature of the candidate

प्रमाण-पत्र
(स्वयं प्रायोजित अभ्यर्थियों के लिए आवश्यक नहीं)

प्रमाणित किया जाता है कि, डॉ/श्री/सुश्री _____ कार्यस्थान -
_____ में
_____ पद पर मैं कार्यरत हूँ एवं उन्हें दिनांक _____ से _____ तक
रा.मा.वि.सं.में

आयोजित अल्पावधि प्रशिक्षण कार्यक्रम के लिए नामित किया जा रहा है।

Certificate
(Not required in case of self sponsored candidates)

This is to certify that Dr/Mr/Ms.....is working as
.....inand is being sponsored
for the short term training programme on.....to be held at NIMH from
.....to

स्थान/Place:

दिनांक/Date:

संस्थान के अध्यक्ष के हस्ताक्षर मोहर सहित
Signature of Head of the Institution with seal