



પ્રવેશ પ્રક્રિયા અંગે અગત્યની જાહેરાત

પ્રિન્સીપાલશ્રીની કચેરી

વેક્સીન કેમ્પસ,ઓ.પી.રોડ, વડોદરા.



આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ દ્વારા રાજ્યમાં નર્સીંગને લગતા જુદા જુદા નર્સિંગ પોસ્ટ બેઝીક ડીપ્લોમાં કોર્ષ ચાલુ કરવા મંજૂરી આપેલ છે. જે કોર્ષ પૈકી સરકારી નર્સીંગ કોલેજ, વડોદરા ખાતે P.B.Diploma In Critical Care Nursing, P.B.Diploma Neonatal Nursing, P.B.Diploma Ortho & Rehabilitation Nursing, P.B.Diploma Burns & Reconstructive Nursing ની મંજૂરી મળેલ છે. જે અંગે સરકારશ્રીના ઠરાવથી નિયત કરવામાં આવેલ ગાઈડલાઈન મુજબ એડમિશન પ્રક્રિયા હાથ ધરવામાં આવેલ છે. આ કોર્ષ માટેના એડમિશન ફોર્મ અને અન્ય વિગતો વેબસાઈટ <https://www.medicalcollegebaroda.edu.in> પર ઉપલબ્ધ છે તેમજ એડમિશન ફોર્મ સંસ્થા ખાતેથી મેળવી શકાશે.

અરજી કરનાર ઉમેદવારે કોર્ષ દીઠ અલગ-અલગ ફોર્મ અને ફી ભરવાની રહેશે, તા. ૨૧/૧૧/૨૦૨૫ સાંજે ૫.૦૦ વાગ્યા સુધીમાં અરજદાર રૂબરૂમાં ફોર્મ અને ફી જમા કરાવી શકશે.

-સહી-

સભ્ય સચિવ

(માહિતી-વડો-૧૦૪૦-૨૫-૨૬)

**Form Fee:- Rs.200/-**

**Application Form For Post Basic Diploma Course in Nursing**

**Government / GMERS Medical / Nursing College (Name)** Nadodara

Affix  
Passport  
Size Photo

**Applied For:- (Tick Any One Course which Applied For)**

**Post Basic Diploma in Critical Care  
Nursing**

☐

**Post Basic Diploma in Emergency &  
Disaster Nursing**

☐

**Post Basic Diploma in Neonatal Nursing**

☐

**Post Basic Diploma in Ortho &  
Rehabilitation Nursing**

☐

**Post Basic Diploma in Burns &  
Reconstructive Nursing**

☐

**Post Basic Diploma in Cardiology  
Nursing**

☐

**Post Basic Diploma in Oncology Nursing**

☐

**Post Basic Diploma in Psychiatric  
Nursing**

☐

|                                                         |  |
|---------------------------------------------------------|--|
| <b>Name of the Candidate :<br/>(in block letters) :</b> |  |
| <b>Father's name:-</b>                                  |  |
| <b>Date of Birth :<br/>(as per SSC Certificate)</b>     |  |
| <b>Category:- (General/SEBC/ST/SC/EWS)</b>              |  |
| <b>Gender:-</b>                                         |  |
| <b>Marital status :-</b>                                |  |
| <b>Qualifications:-</b>                                 |  |
| <b>Name of School / College:-</b>                       |  |
| <b>RN &amp; RM number :-</b>                            |  |
| <b>Name of the Nursing Council:-</b>                    |  |



|                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Passing Year:-</b>                                                                                                             |  |
| <b>Percentage Of Marks:-</b><br>(GNM 3 <sup>rd</sup> Year / B.Sc.(N.) 4 <sup>th</sup> Year /<br>P.B.B.Sc.(N) 2 <sup>nd</sup> Year |  |
| <b>Total Year Of Clinical Experience:-</b>                                                                                        |  |
| <b>Permanent Address :-</b>                                                                                                       |  |
| <b>Phone :-</b>                                                                                                                   |  |
| <b>E mail:-</b>                                                                                                                   |  |
| <b>Local Guardian Address (if any):-</b>                                                                                          |  |
| <b>Currently Working In State<br/>Government / GMERS:- (Yes / No)</b>                                                             |  |
| <b>If Yes, Name of Post:-</b>                                                                                                     |  |
| <b>If Yes, Current Place of Working:-</b>                                                                                         |  |
| <b>For Office Use Only:-</b>                                                                                                      |  |
| <b>Name of Candidate:-</b>                                                                                                        |  |
| <b>Category:-</b>                                                                                                                 |  |
| <b>In Service? (Yes/No)</b>                                                                                                       |  |
| <b>Merit Marks:-</b>                                                                                                              |  |

Signature of Candidate

-----



બિડાણ:- (રજ કરવાના થતાં પ્રમાણપત્રો)

- (i) લાયકાત પરીક્ષા ધોરણ ૧૨ (HSC) ની માર્કશીટ;
- (ii) જન્મ તારીખ ધરાવતું એસ.એસ.સી.નું પ્રમાણપત્ર અથવા માર્કશીટ
- (iii) GNM/ બેઝિક B.Sc. નર્સિંગ/ P.B.B.Sc. નર્સિંગ ફાઇનલ પરીક્ષાની બધી માર્કશીટ અને પ્રમાણપત્ર.
- (iv) રજીસ્ટર્ડ નર્સ અને રજીસ્ટર્ડ મીડવાઇફ તરીકેનું ગુજરાત નર્સિંગ કાઉન્સીલનું રજીસ્ટ્રેશન તેમજ સમયાંતરે કરાવેલ રીન્યુઅલની નકલ.
- (v) બી.એસસી. નર્સિંગ અથવા પી.બી.બી.એસસી. નર્સિંગના કિસ્સામાં યુનિવર્સિટી ડિગ્રી પ્રમાણપત્ર;
- (vi) રાજ્ય સેવા હેઠળના કર્મચારી (સેવામાં ઉમેદવારો) આ અભ્યાસક્રમમાં જોડાવા ઇચ્છુક હોય અને તેઓની ફરજના સ્થળ સિવાય અન્ય કોઇ સંસ્થા ખાતે સદર કોર્ષમાં એડમિશન મેળવવા ઇચ્છતાં હોય તેવા કિસ્સામાં સંસ્થાના વડાનું “ ના વાંધા પ્રમાણપત્ર” (NOC)
- (vii) સક્ષમ સત્તાધિકારી દ્વારા ઇસ્યુ કરવામાં આવેલ અનુસૂચિત જાતિ (SC), અનુસૂચિત જનજાતિ (ST) અને સામાજિક અને શૈક્ષણિક રીતે પછાત વર્ગો (SEBC) ના ઉમેદવાર માટે જાતિ પ્રમાણપત્ર
- (viii) સક્ષમ સત્તાધિકારી દ્વારા ઇસ્યુ કરવામાં આવેલ આર્થિક રીતે નબળા વર્ગ (EWS) પ્રમાણપત્ર
- (ix) SEBC ઉમેદવારો માટે, સક્ષમ સત્તાધિકારી દ્વારા ઇસ્યુ કરવામાં આવેલ નોન- ક્રીમી લેયર(NCL) પ્રમાણપત્ર,

Receipt:-

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Name of Candidate:-             |  |
| Form Fees Received:-            |  |
| In Service Candidate:- (Yes/No) |  |

