

નમૂનો-૨

ક્રમાંક:

સંસ્થાનું નામ

ત્ર.

પ્રતિ,

અધ્યક્ષશ્રી,

..... મેડીકલ બોર્ડ

વિષય :- વિદ્યાર્થીઓની સંસ્થા બદલીની વિનંતી સબબ તબીબી તપાસ કરવા બાબત.

શ્રીમાન,

સવિનય જણાવવાનું કે, નીચે મુજબના વિદ્યાર્થીઓએ તેમની તબિયતના કારણોસર આ સંસ્થામાંથી અન્ય સંસ્થામાં બદલી માટે વિનંતી કરી છે. જે અરજીની ઝેરોક્ષ નકલ સામેલ છે. આ વિદ્યાર્થીઓની તબીબી તપાસ કરી તેમના હવે પછીના અભ્યાસ માટે સ્થળ ફેરી આવશ્યકતાહોય તો તે મુજબનું પ્રમાણપત્ર આપવા વિનંતી છે.

- ૨) આ પ્રમાણપત્રો બારોબાર નિયામકશ્રી, ટેકનીકલ શિક્ષણ ગુજરાત રાજ્ય, ગાંધીનગર (બ્લોક નં.૨, છઠ્ઠો માળ, કર્મચોગી ભવન, સેક્ટર-૧૦-એ, ગાંધીનગર, પિન-૩૮૨૦૧૦, ફોન.ન.૦૭૯-૩૨૫૩૫૪૬, ૦૭૯-૨૩૨૫૩૫૩૯ ફેક્સ નં.) ને રજીસ્ટર્ડ એ.ડી. થી મોકલાવી આપવા અને અત્રે જાણ કરવા વિનંતી કરવામાં આવે છે.
- ૩) જો કોઈ વિદ્યાર્થીને અભ્યાસ માટે સ્થળ ફેરની જરૂર ન હોય તો તે પણ જણાવવા વિનંતી છે.
- ૪) આ પત્ર મળ્યા તારીખથી તબીબી તપાસ કરવાની અને પ્રમાણપત્ર આપવાની તમામ કાર્યવાહી વધુમાં વધુ દિન-૩૦ માં પૂર્ણ કરવા વિનંતી છે. કારણ કે, યુનિવર્સિટીઓના સત્રો પુર્ણ શરૂ થવાની સમય મર્યાદા અલગ અલગ હોઈ વિદ્યાર્થીની રજુઆત અંગે સત્વર નિર્ણય લેવા આવશ્યક છે.

૫)

અ.નં.	વિદ્યાર્થીનું નામ	હાલની વિદ્યાશાખા વર્ષ	બદલી માંગેલ સ્થળ / કોલેજ	બદલી માંગેલ કોલેજમાં હવે સત્ર/વર્ષ શરૂ થવાની તારીખ
૧	૨	૩	૪	૫

આપનો વિશ્વાસુ

(આચાર્ય)

નકલ રવાના:-