डॉ0 शकुन्तला मिश्रा राष्ट्रीय पुनर्वास विश्वविद्यालय, लखनऊ

Dr. Shakuntala Misra National Rehabilitation University, Lucknow

मोहान रोड, लखनऊ 226 017 वेबसाइट: http://dsmnru.up.nic.in

पत्रांक:006953/ FNo. CoE-16Vol-II/DSMNRU/2019—20 दिनांक: 15 नवम्बर, 2019

द्वारा—ई—मेल

आवश्यक सूचना

1 प्रबन्धक / प्राचार्य, कल्याणं करोति, मथुरा।

2 प्रबन्धक / प्राचार्य, हिन्द महाविद्यालय, बाराबंकी।

3 प्रबन्धक / प्राचार्य, विमला महाविद्यालय (एड कैंसर एण्ड ट्यूबरक्लोसिस सोसाइटी), लखनऊ।

विषय:—शैक्षिक सत्र 2019—20 में प्रवेशित विद्यार्थियों की सूची (सॉफ्ट एवं हार्ड कॉपी) एवं नामांकन प्रकिया पूर्ण कराये जाने के सम्बन्ध में।

विश्वविद्यालय से शैक्षणिक सत्र 2019—20 हेतु सम्बद्धता प्रदत्त महाविद्यालयों / संस्थाओं को विश्वविद्यालय में प्रचलित परीक्षा—पद्धति के अनुसार सेमेस्टर परीक्षा के ससमय सम्पादन हेतु शैक्षिक सत्र 2019—20 में प्रवेशित विद्यार्थियों के नामांकन संख्या एवं अनुक्रमांक आवंटन किये जाने हेतु प्रवेशित विद्यार्थियों की सूची (साफ्ट एवं हार्ड कॉपी) परीक्षा नियंत्रक कार्यालय में उपलब्ध करायी जानी थी, जो आप द्वारा अभी तक उपलब्ध नहीं कराई जा सकी है। प्रवेशित विद्यार्थियों का नामांकन, तदोपरान्त अनुक्रमांक आवंटन की प्रक्रिया पूर्ण किये बिना परीक्षा में प्रतिभाग किया जाना संभव नहीं है।

अतः शैक्षिक सत्र 2019—20 में प्रवेशित विद्यार्थियों की सूची (सॉफ्ट एवं हार्ड कॉपी) संलग्न प्रारूप के अनुसार दिनांक 18.11.2019 तक अनिवार्य रूप से उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें। साथ ही नामांकन प्रकिया पूर्ण कराने का कष्ट करें।

विश्वविद्यालय द्वारा निर्धारित नामांकन शुल्क की धनराशि को बैंक ऑफ बड़ौदा शाखा मोहान रोड, लखनऊ में **Dr. Shakuntala Misra National Rehabilitation University, Lucknow (Affiliation Account)** के नाम से संचालित खाता संख्या **36510100007244 (IFSC-BARB0MOHAAN)** में **RTGS/NEFT** के माध्यम से जमा करना सुनिश्चित करें।

संलग्नक—उपरोक्तानुसार।

15/11/19

(डॉ0 अमित कुमार राय)
परीक्षा नियंत्रक

प्रतिलिपि:—निम्नलिखित को सूचनार्थ प्रेषित—

1. मा0 कुलपति महोदय को सादर अवलोकनार्थ।
2. कुलसचिव, विश्वविद्यालय को सादर सूचनार्थ।
3. सिस्टम एनालिस्ट को वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।

(डॉ0 अमित कुमार राय)
परीक्षा नियंत्रक

Dr. SHAKUNTALA MISRA NATIONAL REHABILITATION UNIVERSITY, LUCKNOW

Name of Affiliated College-

Academic Session-2019-20

COURSE NAME : ------------------- 2019-20

Sl.No.	Name of the Student	Email	Mobile	Father's Name	Mother's Name	Gender	Minority	DOB	Category	Disability	Present Address	Permanent Address