

महाराष्ट्र राज्य शुश्रूषा व परावैद्यक शिक्षण मंडळ

वैद्यकीय शिक्षण व संशोधन, शासकीय दंत महाविद्यालय व रुग्णालय इमारत, चौथा मजला, सेंट जॉर्जेस रुग्णालय आवार, पी. डी. मेलो रोड, फोर्ट,
मुंबई - ४०० ००९. वेबसाईट: www.msbnpe.org ई-मेल- msbnpe@gmail.com, मो. नं: ०२२-२२६११०१५

MAHARASHTRA STATE BOARD OF NURSING AND PARAMEDICAL EDUCATION

Directorate of Medical Education and Research, 4th Floor, St. Georges Hospital Campus, P.D' Melo Road, Fort, Mumbai-400 001 Website:
www.msbnpe.org E-mail- msbnpe@gmail.com, Mobile No- ०२२-२२६११०१५

क्र. मराशुवपशिमं/संलग्नता १५१०० / २०२४

दि. ०१/१०/२०२४

प्रति,

सर्व संलग्नीत ए.एन. एम व जी.एन.एम,

प्राचार्य/संस्थाप्रमुख,

महाराष्ट्र राज्य.

विषय: -शैक्षणिक वर्ष २०२४- २५ करीता मंडळाकडून ए.एन.एम व जी.एन.एम. अभ्यासक्रमाकरीता
संलग्नता पत्र Online पध्दतीने देण्याबाबत.

संदर्भ: - दि.३०/०८/२०२४ रोजीची मंडळाची टिपणी.

महोदय,

उपरोक्त संदर्भाधिन विषयान्वये सर्व प्राचार्य/संस्थाप्रमुख, यांना कळविण्यात येते कि मंडळामार्फत शै.वर्ष
२०२४-२५ करीता Online पध्दतीने Online Affiliation Registration केल्यानंतर संस्थेमार्फत भरण्यात आलेली
माहिती व मुळ कागदपत्रांची पडताळणी मंडळामार्फत करण्यात येईल. मंडळाडुन माण्यता (VERIFIED)
झाल्यानंतर संस्थेने संलग्नता शुल्क (Affiliation Fee) चा भरणा Online पध्दतीने भरावी त्यानंतरच शै. वर्ष. २०२४-
२५ करीता संलग्नता पत्र Online पध्दतीने Institute Affiliation चा User Id व Password (२०२४-२५) वापरून
Institute Affiliation च्या Login Id वर दिनांक. ०३/१०/२०२४ पासून प्रदर्शित (Display)होइल याची नोंद घ्यावी.

Online Affiliation Download करण्याकरीता पान क्र. २ वरिल दिलेल्या प्रक्रियेचा वापर करावा Online
Affiliation Download करताना काही अडचणी आल्यास खालील मंडळाच्या दुरध्वनीवर संपर्क करावा.

मोबाईल नंबर- ८९७६२७९९३१ (I.T.DEPARTMENT)


प्रबंधक

महाराष्ट्र राज्य शुश्रूषा व परावैद्यक शिक्षण मंडळ

प्रत माहितीस्व सविनय सादर:

- १) मा. प्रधान सचिव वैद्यकीय शिक्षण व औषधी द्रव्ये विभाग, नविन मंत्रालय, गो.ते. रू. संकुल, मुंबई
- २) मा. आयुक्त, वैद्यकीय शिक्षण व संशोधन तथा आयुष विभाग, मुंबई
- ३) मा. संचालक, महाराष्ट्र राज्य शुश्रूषा व परावैद्यक शिक्षण मंडळ, मुंबई

LAST YEAR AFFILIATION LETTER WITH DATE:

Address:

Intake capacity :

Institute Profile/Application status:

Application Number:

Application Date:

Institute Name:

Affiliated Hospital's Details

Document Upload:

Application Print


Appication Status:

Verification Remark :

Payment Status:

Affiliation Code:

AFFILIATION LETTER

DOWNLOAD 



TO DOWNLOAD YOUR AFFILIATION LETTER CLICK HERE