



ADMISSION APPLICATION FORM / प्रवेश आवेदन पत्र

Academic Year / शैक्षणिक वर्ष: 2026-27

Program Applied For / कार्यक्रम जिसके लिए आवेदन

- B.Sc. Nursing (4 Years) / बी.एससी. नर्सिंग (4 वर्ष)  GNM Diploma (3.5 Years) / जी.एन.एम. डिप्लोमा (3.5 वर्ष)

Personal Details / व्यक्तिगत विवरण

1. Name (in English) / नाम (अंग्रेजी में): \_\_\_\_\_

Name (in Hindi) / नाम (हिंदी में): \_\_\_\_\_

2. Father's Name / पिता का नाम: \_\_\_\_\_

3. Mother's Name / माता का नाम: \_\_\_\_\_

4. Date of Birth / जन्म तिथि:

5. Gender / लिंग:

- Male / पुरुष  Female / महिला  Other / अन्य

6. Nationality / राष्ट्रियता:

- Indian / भारतीय  Other / अन्य: \_\_\_\_\_

7. Religion / धर्म:

8. Category / श्रेणी:

- General / सामान्य  SC / अनु. जाति  ST / अनु. जनजाति  OBC / अन्य पिछड़ा वर्ग

- EWS / आर्थिक रूप से कमजोर

9. Aadhar Number / आधार नंबर: \_\_\_\_\_

Paste Recent  
Passport Size  
Photo

हालिया पासपोर्ट  
साइज फोटो  
चिपकाएं

Contact Details / संपर्क विवरण

10. Mobile No. / मोबाइल नं.: \_\_\_\_\_ WhatsApp No.: \_\_\_\_\_

11. Email Address / ईमेल: \_\_\_\_\_

Permanent Address / स्थायी पता

12. Address / पता: \_\_\_\_\_

Village/Town / गाँव/शहर: \_\_\_\_\_ District / जिला: \_\_\_\_\_

State / राज्य: \_\_\_\_\_ PIN Code / पिन: \_\_\_\_\_

Guardian Details / अभिभावक विवरण

13. Guardian Name / अभिभावक का नाम: \_\_\_\_\_

Relation / संबंध: \_\_\_\_\_ Contact No. / संपर्क नं.: \_\_\_\_\_

Occupation / व्यवसाय: \_\_\_\_\_

Annual Income / वार्षिक आय (Rs.): \_\_\_\_\_



**Educational Qualifications / शैक्षिक योग्यता**

**A. High School (10th) / हाई स्कूल (10वीं)**

Board / बोर्ड:	
Year of Passing / उत्तीर्ण वर्ष:	
Roll Number / रोल नंबर:	
Total Marks Obtained / प्राप्त अंक:	
Maximum Marks / पूर्णांक:	
Percentage / प्रतिशत (%):	

**B. Intermediate (12th) / इंटरमीडिएट (12वीं) - Science Stream with PCB / विज्ञान वर्ग (PCB)**

Board / बोर्ड:	
Year of Passing / उत्तीर्ण वर्ष:	
Roll Number / रोल नंबर:	

**Subject-wise Marks in 12th / 12वीं में विषयवार अंक**

Subject / विषय	Max Marks / पूर्णांक	Marks Obtained / प्राप्त अंक	Percentage / प्रतिशत
Physics / भौतिक विज्ञान			
Chemistry / रसायन विज्ञान			
Biology / जीव विज्ञान			
English / अंग्रेज़ी			
Hindi / हिंदी (or other)			
<b>TOTAL / कुल</b>			

Aggregate % in PCB / PCB में कुल प्रतिशत:  (Minimum 45% required for B.Sc. / 40% for GNM)

**C. Any Other Qualification / अन्य योग्यता (if any)**

Examination / परीक्षा	Board/University / बोर्ड/विश्वविद्यालय	Year / वर्ष	% Marks / प्रतिशत

**Entrance Examination Details / प्रवेश परीक्षा विवरण (if applicable)**

Exam Name / परीक्षा का नाम:	
Roll Number / रोल नंबर:	
Rank / रैंक:	
Score / स्कोर:	

**D. Gap after 12th (if any) / 12वीं के बाद अंतराल (यदि कोई हो)**

No Gap / कोई अंतराल नहीं  Gap of \_\_\_\_ year(s) / \_\_\_\_ वर्ष का अंतराल

Reason for gap / अंतराल का कारण: \_\_\_\_\_



### Physical Details / शारीरिक विवरण

Height / ऊँचाई: \_\_\_\_\_ cm      Weight / वजन: \_\_\_\_\_ kg      Blood Group / रक्त समूह: \_\_\_\_\_

Vision / दृष्टि:

Normal / सामान्य       With glasses / चश्मे के साथ       Color blind / वर्णांध

Any physical disability / कोई शारीरिक विकलांगता:

No / नहीं       Yes / हाँ      If yes, specify / यदि हाँ, बताएं: \_\_\_\_\_

### Medical History / चिकित्सा इतिहास

Do you have any of the following? / क्या आपको निम्नलिखित में से कुछ है?

Tuberculosis / क्षय रोग (TB)       Epilepsy / मिर्गी       Hepatitis B/C / हेपेटाइटिस B/C       Heart Disease / हृदय रोग  
 Diabetes / मधुमेह       Asthma / दमा       HIV/AIDS       Mental illness / मानसिक बीमारी

Any other medical condition / अन्य चिकित्सा स्थिति: \_\_\_\_\_

Regular medications / नियमित दवाएं: \_\_\_\_\_

### Accommodation & Transport / आवास और परिवहन

Hostel Required / छात्रावास की आवश्यकता:

Yes / हाँ       No, will arrange own accommodation / नहीं, स्वयं व्यवस्था करूंगी/करूंगा

Transport from Roorkee / रूड़की से परिवहन:

Need institute bus / संस्थान की बस चाहिए       Own arrangement / स्वयं व्यवस्था

### Previous Experience / पूर्व अनुभव (if any / यदि कोई हो)

Any nursing/healthcare experience:       Yes / हाँ       No / नहीं

If yes, details / विवरण: \_\_\_\_\_

### How did you hear about us? / आपको हमारे बारे में कैसे पता चला?

Newspaper / समाचार पत्र       Friend/Relative / मित्र/रिश्तेदार       Social Media       Website       Hospital Visit / अस्पताल विज़िट  
 School / स्कूल       Other / अन्य: \_\_\_\_\_

### Emergency Contact / आपातकालीन संपर्क

Name / नाम: \_\_\_\_\_

Relation / संबंध: \_\_\_\_\_      Contact No. / संपर्क नं.: \_\_\_\_\_



**Declaration by Candidate / अभ्यर्थी द्वारा घोषणा**

I hereby declare that all the information given by me in this application form is true, complete, and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that in the event of any information being found false or incorrect at any stage, my admission shall be cancelled and I shall be liable to disciplinary action.

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में मेरे द्वारा दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य, पूर्ण और सही है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि किसी भी स्तर पर कोई जानकारी असत्य या गलत पाई जाती है, तो मेरा प्रवेश रद्द कर दिया जाएगा और मैं अनुशासनात्मक कार्रवाई के लिए उत्तरदायी होऊंगा/होऊंगी।

I agree to abide by the rules and regulations of Bhatnagar Institute - College of Nursing. / मैं भटनागर इंस्टीट्यूट - कॉलेज ऑफ नर्सिंग के नियमों और विनियमों का पालन करने के लिए सहमत हूँ।

Place / स्थान: \_\_\_\_\_

Date / तिथि: \_\_\_\_\_

Signature of Candidate / अभ्यर्थी के हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_

**Declaration by Parent/Guardian / अभिभावक द्वारा घोषणा**

I, the undersigned, being the parent/guardian of the above applicant, hereby give my consent for his/her admission to Bhatnagar Institute - College of Nursing. I certify that all information provided is true. I undertake to pay the fees as per the institute's schedule and ensure that the student maintains proper conduct and attendance.

मैं, अधोहस्ताक्षरी, उपरोक्त आवेदक का अभिभावक होने के नाते, भटनागर इंस्टीट्यूट - कॉलेज ऑफ नर्सिंग में उसके प्रवेश के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ। मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि दी गई सभी जानकारी सत्य है। मैं संस्थान की अनुसूची के अनुसार शुल्क का भुगतान करने और छात्र/छात्रा का उचित आचरण और उपस्थिति सुनिश्चित करने का वचन देता/देती हूँ।

Name / नाम: \_\_\_\_\_

Relation / संबंध: \_\_\_\_\_

Place / स्थान: \_\_\_\_\_

Date / तिथि: \_\_\_\_\_

Signature / हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_

**Documents Checklist / दस्तावेज़ चेकलिस्ट**

Attach self-attested copies of the following / निम्नलिखित की स्व-सत्यापित प्रतियां संलग्न करें:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 10th Marksheet & Certificate / 10वीं अंकपत्र व प्रमाणपत्र             | <input type="checkbox"/> 12th Marksheet & Certificate / 12वीं अंकपत्र व प्रमाणपत्र |
| <input type="checkbox"/> Transfer Certificate / स्थानांतरण प्रमाणपत्र                          | <input type="checkbox"/> Migration Certificate / प्रवास प्रमाणपत्र                 |
| <input type="checkbox"/> Aadhar Card / आधार कार्ड  | <input type="checkbox"/> Passport Size Photos (4) / पासपोर्ट साइज फोटो (4)         |
| <input type="checkbox"/> Caste Certificate (if applicable) / जाति प्रमाणपत्र                   | <input type="checkbox"/> Income Certificate / आय प्रमाणपत्र                        |
| <input type="checkbox"/> Domicile Certificate / अधिवास प्रमाणपत्र                              | <input type="checkbox"/> Character Certificate / चरित्र प्रमाणपत्र                 |
| <input type="checkbox"/> Medical Fitness Certificate (attached) / चिकित्सा प्रमाणपत्र (संलग्न) | <input type="checkbox"/> Gap Certificate (if applicable) / अंतराल प्रमाणपत्र       |

**FOR OFFICE USE ONLY / कार्यालय उपयोग हेतु**

Application No. / आवेदन संख्या: \_\_\_\_\_ Date Received / प्राप्ति तिथि: \_\_\_\_\_

Documents Verified / दस्तावेज़ सत्यापित: \_\_\_\_\_ Fee Paid / शुल्क भुगतान: \_\_\_\_\_

Interview Date / साक्षात्कार तिथि: \_\_\_\_\_ Admission Status: \_\_\_\_\_

Verified By / सत्यापनकर्ता  
\_\_\_\_\_

Principal's Signature / प्राचार्य के हस्ताक्षर  
\_\_\_\_\_



**MEDICAL FITNESS CERTIFICATE / चिकित्सा योग्यता प्रमाण पत्र**

(To be filled by a Registered Medical Practitioner / पंजीकृत चिकित्सक द्वारा भरा जाए)

**Candidate Details / अभ्यर्थी विवरण**

Name of Candidate / अभ्यर्थी का नाम: \_\_\_\_\_

Age / आयु: \_\_\_\_\_ years Gender / लिंग: \_\_\_\_\_

**Physical Examination / शारीरिक परीक्षण**

Height / ऊँचाई	_____ cm	Weight / वजन	_____ kg
Blood Pressure / रक्तचाप	_____ mmHg	Pulse Rate / नाड़ी दर	_____ /min
Chest Expansion / छाती विस्तार	_____ cm	Blood Group / रक्त समूह	_____

**Vision & Hearing / दृष्टि और श्रवण**

	Right / दाएं	Left / बाएं	Remarks / टिप्पणी
Vision (without glasses) / बिना चश्मे के			
Vision (with glasses) / चश्मे के साथ			
Color Vision / रंग दृष्टि			
Hearing / श्रवण			

**Systemic Examination / प्रणालीगत परीक्षण**

System / प्रणाली	Normal	Abnormal	Remarks
Cardiovascular / हृदय			
Respiratory / श्वसन			
GI / पाचन			
Nervous / तंत्रिका			
Musculoskeletal			
Skin & ENT			

**Medical History / चिकित्सा इतिहास**

Chronic/communicable disease / दीर्घकालिक रोग:  No / नहीं  Yes / हाँ

**CERTIFICATION / प्रमाणन**

I certify that I have carefully examined the above-named candidate and found him/her to be medically fit for undergoing the nursing course. The candidate does not suffer from any physical or mental disability that would impair the performance of nursing duties.

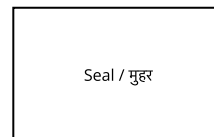
मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने उपरोक्त नामित अभ्यर्थी की सावधानीपूर्वक जांच की है और उसे नर्सिंग कोर्स के लिए चिकित्सकीय रूप से योग्य पाया है। अभ्यर्थी किसी भी शारीरिक या मानसिक विकलांगता से पीड़ित नहीं है जो नर्सिंग कर्तव्यों के प्रदर्शन को प्रभावित करे।

Doctor's Name / नाम: \_\_\_\_\_

Registration No. / पंजीकरण संख्या: \_\_\_\_\_

Hospital/Clinic / अस्पताल: \_\_\_\_\_

Date / तिथि: \_\_\_\_\_



Signature of Doctor / चिकित्सक के हस्ताक्षर