

शपथ-पत्र

शपथकर्ता कु०/श्री/श्रीमती पुत्र/ पुत्री/पत्नी श्री
निवासी

.....
..... बहलफ़ बयान करता हूँ-

1: यह कि मैंने वर्ष में दिनांक तक में डी० फार्मा / बी०

फार्मा डिग्री कालेज.....

की डिग्री प्राप्त किया है।

2. यह कि मैंने डी० फार्मा० पाठ्यक्रम पूर्ण करने के उपरान्त तीन माह का अप्रैम्टिस

दिनांक से तक चिकित्सालय से

प्राप्त किया है।

3. यह कि मेरे द्वारा जो भी प्रमाण पत्र संग्रह किये जा रहे हैं वह मेरे द्वारा स्वप्रमाणित है जो

कि पूर्णतया सत्य एवं सही है।

4. यह कि यदि मेरे द्वारा प्रस्तुत प्रमाण पत्रों में किसी प्रकार की संदिग्धता संज्ञान में आने की स्थिति में तात्कालिक प्रभाव से मेरा पंजीयन स्वतः निरस्त माना जायेगा तथा किसी भी प्रकार की विधिक कार्यवाही के लिये कॉसिल पूर्ण रूप से स्वतन्त्र होगी, जिसके लिये मैं स्वयं उत्तरदायी होऊँगा।

स्थान-

दिनांक

शपथकर्ता के हस्ताक्षर

सत्यापन

यह की उपरोक्त शपथ पत्र की लगायत धारा 1 से 4 तक पूर्ण रूप से सत्य एवं सही है इसमें

किसी प्रकार का कोई तथ्य मेरे द्वारा छिपाया नहीं गया है।

स्थान-

दिनांक

शपथकर्ता के हस्ताक्षर