

# ALUMNI REGISTRATION FORM

Dear Sir/Madam,

You are a proud alumnus/alumna of S R Hospital & Medical Institute. We would like to remain in touch with you as you follow your career and life ahead. Please fill in this form to help us update our database so that we can be in touch and have you with us in the mutual journey of life.

Good Wishes for your future

Thank you,

I/C Alumni Affairs

महोदय / महोदया,

आप एसआर हॉस्पिटल एंड मेडिकल इंस्टीट्यूट के एक पूर्व छात्र / पूर्व छात्रा हैं। जब आप अपने करियर और आगे के जीवन का अनुसरण करते हैं तो हम आपके साथ संपर्क में रहना चाहते हैं। हमारे डेटाबेस को अपडेट करने में हमारी मदद करने के लिए कृपया इसे भरें ताकि हम संपर्क में रह सकें और जीवन की पारस्परिक यात्रा में आपको अपने साथ रख सकें।

आपके भविष्य के लिए शुभकामनाएं

धन्यवाद,

प्रभारी अधिकारी

पूर्व छात्र के कार्य विषय

**\* Indicates required question**

---

1. Email \*

---

2. NAME (नाम) \*

---

3. **Father's Name (पिता का नाम) \***

---

4. **Mother's Name (माँ का नाम) \***

---

5. **Enrolment No (नामांकन संख्या) \***

---

6. **Roll No. (अनुक्रमांक) \***

---

7. **Course \***

*Mark only one oval.*

AUXILIARY NURSE & MIDWIFE / H.W. (FEMALE) [ NEW SYLLABUS ]

DIPLOMA IN GENERAL NURSING & MIDWIFERY

BACHELOR OF SCIENCE - NURSING

DIPLOMA IN OPTOMETRY

8. **Batch (Year of Admission) (प्रवेश का वर्ष) \***

---

9. **Year of Passing Out (पास आउट होने का साल) \***

---

10. **Permanent Address (स्थायी पता) \***

---

---

---

---

---

11. **Email (ईमेल) \***

---

12. **Mobile No (मोबाइल नंबर) \***

---

13. **Information Type \***

*Mark only one oval.*

Higher Study Information      *Skip to question 14*

Placement Information      *Skip to question 19*

### Higher Study Information

If pursuing higher education please mention the name of the degree (यदि आप उच्च शिक्षा प्राप्त कर रहे हैं तो कृपया अपनी डिग्री के नाम का उल्लेख करें)

14. **Institute Name**

---

15. **Course Name**

---

16. **State**

---

17. **District**

---

18. **Admission Letter \***

Files submitted:

### Placement Information

If employed/self employed please mention the name of your organization with address  
(यदि नियोजित/स्व-नियोजित हैं तो कृपया अपने संगठन का नाम पते के साथ उल्लेख करें)

19. **Employer Name**

---

20. **Sector Name**

*Mark only one oval.*

Government

Private

21. **Employer Type**

*Mark only one oval.*

Hospital

Nursing Home

22. Designation

---

23. **Duration Type**

*Mark only one oval.*

Full-Time

Part-Time

24. **Salary**

---

25. **State of Employment**

---

26. **District**

---

27. **Offer Letter \***

Files submitted:

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms