



नेपाल सरकार

चिकित्सा शिक्षा आयोग

(मापदण्ड तथा प्रत्यायन निर्देशनालय)



☎ ०१-६६३९४१६, ६६३८९०४

६६३९४१३, ६६३९४१४, ६६३९४१५

वेबसाईट : www.mec.gov.np

ईमेल: info@mec.gov.np

पत्र संख्या :- ००५१०८०

चलानी नं. :- १४

सानोठिमी, भक्तपुर ।

मिति २०७९।४।१२ गते

विषय: सेल्फ अप्राइजल भर्ने सूचना ।

श्री चिकित्सा शिक्षाका कार्यक्रम संचालन गर्ने सबै विश्वविद्यालय/प्रतिष्ठान तथा शिक्षण संस्थाहरु चिकित्सा शिक्षा आयोगको मिति २०७९।४।१० गते सार्वजनिक गरिएको वार्षिक शैक्षिक कार्यतालिकाको कार्यान्वयनका लागि यस मापदण्ड तथा प्रत्यायन निर्देशनालयको मिति २०७९।४।१२ गतेको निर्णयानुसार स्नातक तह र सोभन्दा माथिल्लो तहको चिकित्सा शिक्षाका कार्यक्रम संचालन गर्ने सबै विश्वविद्यालय/प्रतिष्ठान तथा शिक्षण संस्थाहरुले (नेशनल बोर्ड अफ मेडिकल स्पेशियालिटीका कार्यक्रम समेत) देहायबमोजिम चिकित्सा शिक्षा आयोगको अनलाइन सेल्फ अप्राइजल फाराम भर्ने सम्बन्धित सबैलाई सूचित गरिन्छ ।

तपसिल

१. अनलाइन सेल्फ अप्राइजल भर्ने सकिने मिति र समय: मिति २०७९।४।१५ गतेदेखि मिति २०७९।४।३१ गतेसम्म ।
२. संस्थाको गत शैक्षिक सत्रका लागि प्रयोग गरिएको User Name र Password प्रयोग गर्नुपर्नेछ ।
३. स्नातक तह, स्नातकोत्तर तह, DM/MCh तथा नेशनल बोर्ड अफ मेडिकल स्पेशियालिटीअन्तर्गत स्पेशियालिटी र सबस्पेशियालिटी कार्यक्रम संचालन गर्ने संस्थाले समेत अनलाइन सेल्फ अप्राइजल फाराम भर्नुपर्ने छ ।
४. कार्यक्रम संचालनका लागि नयाँ संस्था स्थापना भएका भए उक्त संस्थाले समेत आफ्नो संस्थाको रजिष्ट्रेशन गरी नयाँ User Name र Password लिनुपर्नेछ । एकपटक लिएको User Name र Password लाई सुरक्षित राख्नुपर्नेछ ।
५. स्नातक तहका कार्यक्रम संचालन गर्ने शिक्षण संस्थाले आफ्नो संस्थाको सेल्फ अप्राइजलका अतिरिक्त अनलाइन प्रणालीमा नै दिएको Yardsticks अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्नेछ । नयाँ कार्यक्रम थपका लागि माग गर्ने शिक्षण संस्थाले समेत उक्त Yardsticks अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्नेछ ।

a.



नेपाल सरकार

चिकित्सा शिक्षा आयोग

(मापदण्ड तथा प्रत्यायन निर्देशनालय)

सानोठिमी, भक्तपुर

☎ ०१-६६३९४१६, ६६३८९०४

६६३९४१३, ६६३९४१४, ६६३९४१५

वेबसाईट : www.mec.gov.np

ईमेल : info@mec.gov.np

पत्र संख्या :- ०६९।०१४

चलानी नं. :- १४

सानोठिमी, भक्तपुर ।

६. चिकित्सा शिक्षा आयोगमा नयाँ कार्यक्रम थप गर्न आवेदन दिने शिक्षण संस्थाले राष्ट्रिय चिकित्सा शिक्षा ऐनको दफा ११ को उपदफा (२) को खण्ड (ग) बमोजिमको सम्बन्धन सहमती अनिवार्य रूपमा Attached गर्नुपर्नेछ । यस प्रकारको सहमती पत्र नभएका शिक्षण संस्थाको नयाँ कार्यक्रम थपका लागि निरीक्षण/अनुगमन गरिने छैन ।
७. शैक्षिक सत्र २०७८।७९ का लागि कार्यक्रमगत अनुगमन शुल्क बुझाएको भौचर अपलोड गरेपछि मात्र थप विवरण भर्न सकिने छ ।
८. कतिपय शिक्षण संस्थाले सेल्फ अप्राइजल भर्दा आफ्नो संस्थाको नाम विभिन्न तरिकाले लेखे गरेकाले विद्यार्थीको भ्याचिङ्ग प्रणालीमा समस्या सिर्जना भएको हुँदा संस्थाले विश्वविद्यालयबाट जुन नाममा सम्बन्धन लिएको हो सोही नाम र ठेगाना स्पष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्नेछ र संस्थाको लेटर प्याड समेत सोही संस्थाको नाममा रहेको हुनुपर्नेछ ।
९. संस्थाको आधिकारिक ईमेल र मोबाइल नं तथा फोन नं अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्नेछ ।
१०. नर्सिङ कार्यक्रम संचालन गर्ने निजी शिक्षण संस्थाहरूले आफ्नै १०० शैयाको अस्पताल भएको प्रमाण सेल्फ अप्राइजलमा अपलोड गर्नुपर्नेछ ।
११. शिक्षण संस्थाले अघावधिक गर्ने फ्याकल्टीको विवरण विश्वविद्यालयबाट पद प्रमाणीकरण भएको हुनुपर्नेछ ।
१२. सेल्फ अप्राइजल भर्नका लागि अभिमुखीकरण कार्यक्रम मिति २०७९ साल श्रावण १६ गते सोमवार दिनको ३.०० बजे जुम बैठक मार्फत हुने छ । यसको पासकोड ईमेल मार्फत उपलब्ध गराइने छ ।
१३. कुनैपनि विश्वविद्यालय/प्रतिष्ठान/शिक्षण संस्थाले समयभित्रै अनलाइन सेल्फ अप्राइजल फाराम नभरेमा सो संस्थाको सिट निर्धारण गर्न चिकित्सा शिक्षा आयोग बाध्य हुने छैन ।
१४. अत्य व्यवस्था अनलाइन सेल्फ अप्राइजलमा भाग गरेको विवरण भरेबमोजिम हुनेछ ।
१५. प्राविधिक सहयोगका लागि ईमेल ठेगाना: mec.selfappraisal@gmail.com

सीताराम कोइराला

उपसचिव (अधिकृतस्तर दर्शौं)