



APPLICATION FORM FOR AFFILIATION

Receipt/Cheque/Draft No..... Date

Signature Head of the Institute

Photograph of the
head of the Institute/
Chief Executive/
Principal/
Director

3.1 Facilities Available:

PARTICULARS	NO.OFROOMS	SEATING CAPACITY	TOTALAREA (SQFT.)
Staff Room			
Class Room			
Laboratory			
Reception			
Toilets			
AnyOther			

(If necessary additional sheets may be used)

4.1- COMPUTER FACILITIES

[illegible]

5-Information about Faculty

(As on date of proposal)

Sl. No.	Name	Designation	Qualification	Teaching Experience	Date of Appointment	Status Full Time/ Part Time

6- Library Facilities :

No. of Text / Subject Books	
No. of Reference Books	
No. of Periodicals	
No. of Journals	
No. of CD's	
Total cost invested on library	

Other (Specify) _____

Centre's Address (In Hindi) :

.....

.....

.....Pin Code.....

Phone/Mobile.....

Residential Address (In Hindi) :

.....

.....

.....Pin Code.....

Phone/Mobile.....

The above information given by me are find correct & sign under by me.

SEAL OF THE INSTITUTE

SIGNATURE HEAD OF THE INSTITUTE

INTERNATIONAL COMPUTER SHAKSHARTA MISSION

Form to be filled by study centre data sheet for website

- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. | Study Centre Name | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | Centre's Director Name | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | Location | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | City | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | District | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. | State | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. | Phone (O) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Phone (R) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Mobile | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Fax | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. | E-mail : | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

I here by declare that the above furnished details are best to my knowledge.

Signature
Centre Director