

कार्यालय प्राचार्य

शासकीय होलकर (आदर्श, स्वशासी) विज्ञान महाविद्यालय, इन्दौर
क्रमांक/ 6028 /2026 इन्दौर, दिनांक : 24.03.2026

आवश्यक सूचना

एम.एस-सी. चतुर्थ सेमेस्टर के समस्त विद्यार्थियों को सूचित किया जाता है कि उनकी उपाधि पाठ्यक्रम के अंतर्गत उन्हें 60 घंटे का (100 अंकों का) Project / Internship (कार्यस्थल प्रशिक्षण) पूर्ण करना है। अतः वे संबंधित विभाग से तत्संबंधी प्रमाण-पत्र लेकर कार्यस्थल प्रशिक्षण पूर्ण करें। यह प्रशिक्षण विद्यार्थी नियमित अध्ययन के साथ-साथ अतिरिक्त समय में पूर्ण करेंगे।

यह प्रशिक्षण विद्यार्थी 30 अप्रैल 2026 से पूर्व अनिवार्य रूप से पूर्ण करेंगे।

संबंधित विद्यार्थी, प्रतिवेदन प्रारूप एवं कार्यस्थल प्रशिक्षण हेतु अग्रेषण पत्र, महाविद्यालय की वेबसाइट से डाउनलोड करेंगे।

परीक्षा नियंत्रक

प्राचार्य

स्नातकोत्तर चतुर्थ सेमेस्टर
कार्यस्थल प्रशिक्षण प्रतिवेदन का प्रारूप

1. विद्यार्थी का नाम - कक्षा -
2. पिता का नाम -
3. महाविद्यालय का नाम -
4. विद्यार्थी का पता एवं दूरभाष क्रमांक -
(निवास एवं मोबाइल नंबर) -
5. शिक्षक निर्देशक का नाम -
6. कार्यस्थल प्रशिक्षण संस्था (Collaborative Institution/Agency) का नाम/पता एवं दूरभाष क्रमांक -
7. सर्वेक्षित (विजिट की गयी संस्थाओं से प्राप्त जानकारी/किये गये कार्यों का तिथिवार विवरण -

क्रमांक	दिनांक	संस्था का नाम	सम्पर्क किये गये व्यक्तियों का		कार्य/प्राप्त की गयी जानकारी का संक्षिप्त विवरण
			नाम	दूरभाष	

8. प्रगति विवरण -
 - (अ) प्रशिक्षण के दौरान सौंपा गया कार्य -
 - (ब) पूर्ण किया गया कार्य -
9. संस्था द्वारा निर्धारित प्रतिनिधि/संस्था प्रमुख द्वारा विद्यार्थी के संबंध में आकलन
 - (अ) समय की पाबंदी -
 - (ब) वेगभ्रूषा एवं व्यवहार -
 - (स) संस्था के नियमों का पालन -
 - (द) आवंटित कार्य के प्रति निष्ठा -
 - (इ) संवाद/संप्रेषण क्षमता -
 - (ई) व्यक्तित्व में किस प्रकार के सुधार की आवश्यकता है तथा विद्यार्थी द्वारा इसके लिये किये गये प्रयास सुधार की प्रगति -
 - (उ) आवंटित कार्य के प्रति जिज्ञासा/सीखने की क्षमता/किये गये कार्य की प्रगति-
10. मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि विद्यार्थी (पूरा नाम) द्वारा मेरी संस्था/मेरे संपर्क में न्यूनतम 60 घंटे की उपस्थिति दी है।

हस्ताक्षर
संस्था प्रमुख/प्रतिनिधि

एम.एस-सी. चतुर्थ सेमेस्टर इंटरशिप कार्यक्रम

महाविद्यालय का नाम : शासकीय होलकर विज्ञान महाविद्यालय,
इन्दौर (म.प्र.)

छात्र/छात्रा का नाम : _____

कक्षा एवं विषय : _____

कार्यानुभव की विधा : _____

प्रशिक्षण संस्था का नाम : _____

निर्देशक प्रशिक्षक का नाम : _____

निर्देशक प्राध्यापक का नाम : _____

कार्यानुभव प्रशिक्षण दैनिक उपस्थिति

क्र.	दिनांक	विद्यार्थी के हस्ताक्षर	प्रशिक्षक के हस्ताक्षर	क्र.	दिनांक	विद्यार्थी के हस्ताक्षर	प्रशिक्षक के हस्ताक्षर
1				21			
2				22			
3				23			
4				24			
5				25			
6				26			
7				27			
8				28			
9				29			
10				30			
11				31			
12				32			
13				33			
14				34			
15				35			
16				36			
17				37			
18				38			
19				39			
20				40			



कार्यालय प्राचार्य, शासकीय होलकर विज्ञान महाविद्यालय, इन्दौर (म.प्र.)

क्रमांक/ /2025-26

इन्दौर, दिनांक

प्रति,

.....
.....
.....

विषय:- प्रोजेक्ट/इंटर्नशिप विद्यार्थियों का कार्यस्थल प्रशिक्षण एवं मूल्यांकन विषयक।
महोदय,

एम.एस-सी. चतुर्थ सेमेस्टर के विद्यार्थियों को पाठ्यक्रम पूर्ण करने के लिये 60 घंटे का कार्यस्थल प्रशिक्षण करना अनिवार्य है। कृपया विद्यार्थी को प्रशिक्षण उपलब्ध करा कर सहयोग प्रदान करें।

आपके संस्थान में होलकर विज्ञान महाविद्यालय, इन्दौर के

..... (प्रशिक्षण विषय)
से संबंधित जो विद्यार्थी 60 घंटे की इंटर्नशिप कर रहे हैं, उनका कार्यस्थल प्रशिक्षण पूर्ण होने पर 50 अंकों में से मूल्यांकन भी आपको ही करना है तथा प्राप्त अंकों की सूची सील बन्द लिफाफे में उपस्थिति पत्रक के साथ प्राचार्य को भेजने का कष्ट करें।

इंटर्नशिप हेतु अनुशंसित विद्यार्थी की जानकारी:-

विद्यार्थी का नाम :
पिता का नाम :
कक्षा : विषय
नामांकन क्रमांक :
मोबाइल नं. :
मार्गदर्शक का नाम एवं हस्ताक्षर :

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर
एवं सील

प्राचार्य

एम.एस-सी. चतुर्थ सेमेस्टर इंटरशिप कार्यक्रम

प्रशिक्षण संस्था द्वारा प्रमाण - पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि
..... (विद्यार्थी का नाम) तथा कक्षा
सेक्टर ने
..... (संस्था का नाम एवं स्थान) में उपस्थित रहकर
..... विषय पर घंटे
(न्यूनतम 60 घंटे) कार्यस्थल प्रशिक्षण प्राप्त किया है।

हस्ताक्षर

नाम

(संस्था प्रमुख/संस्था के संक्षम अधिकारी/प्रतिनिधि सील सहित)

CERTIFICATE GIVEN BY TRAINING INSTITUTION

This is to certify that
(Name of Student) and Class & Section has
completed hours training (Minimum 60 hrs.) on the topic
.....
.....
at
..... (Name & place of Collaborative Institution/Agency).

Signature & Seal

Name

(Head of the Institution/Authorised person)