



सिद्धार्थ विश्वविद्यालय कपिलवस्तु, सिद्धार्थनगर—272202

उ०प्र०(भारत)Email Id: registrarsidduniv@gmail.com

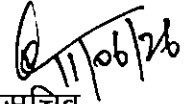
अधिसूचना

एतद्द्वारा समस्त सम्बन्धित को सूचित किया जाता है कि सिद्धार्थ विश्वविद्यालय/सम्बद्ध महाविद्यालयों से शोध कर रहे समस्त शोधार्थियों की शोध-प्रबन्ध के मूल्यांकन हेतु परीक्षक सूची विभागीय शोध समिति के अनुमोदनोंपरान्त शोध अनुभाग में उपलब्ध कराया जाता है परन्तु कुछ शोधार्थियों की शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन हेतु परीक्षक सूची विश्वविद्यालय द्वारा निर्धारित प्रारूप पर प्राप्त नहीं हो रही है तथा कुछ शोधार्थियों की शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन हेतु परीक्षक सूची विभागीय शोध समिति के माध्यम से प्राप्त होने के उपरान्त परीक्षक स्वयं को शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन करने में असमर्थता व्यक्त करते हैं। ऐसी परिस्थिति में शोधार्थी का शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन कराने में अत्यधिक समय लग जाता है।

उक्त के क्रम में माननीय कुलपति जी की अनुमति दिनांक-10.06.2025 के क्रम में अवगत कराना है कि शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन हेतु परीक्षक सूची विश्वविद्यालय द्वारा निर्धारित प्रारूप पर नियमानुसार उपलब्ध कराने तथा परीक्षकों की सूची में दिये गये वाह्य विशेषज्ञों के नाम के साथ-साथ उनकी सहमति भी इस आशय के साथ संगलन करें कि वे सम्बन्धित शोधार्थी के शोध-प्रबन्ध का मूल्यांकन करने के लिए सहमत हैं।

संगलनक- 1. विश्वविद्यालय द्वारा निर्धारित शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन हेतु परीक्षक सूची प्रारूप।

संगलनक- 2. विश्वविद्यालय द्वारा निर्धारित शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन हेतु सहमति-पत्र प्रारूप।



कुलसचिव

सिद्धार्थ विश्वविद्यालय, कपिलवस्तु,
सिद्धार्थनगर।



पत्रांक- 2720 / शो०अनु० / सि०वि०वि० / 2026

दिनांक- 11 / 06 / 2026

प्रतिलिपि:- निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

1. समस्त अधिष्ठाता, सिद्धार्थ विश्वविद्यालय, कपिलवस्तु, सिद्धार्थनगर।
2. निदेशक, अनुसंधान एवं विकास प्रकोष्ठ (R&D) सि०वि०वि०, कपिलवस्तु, सिद्धार्थनगर।
3. अधिष्ठाता शैक्षणिक, सिद्धार्थ विश्वविद्यालय, कपिलवस्तु, सिद्धार्थनगर।
4. समस्त विभागीय शोध समिति अध्यक्ष, सिद्धार्थ विश्वविद्यालय, कपिलवस्तु, सिद्धार्थनगर।
5. विभागाध्यक्ष/प्रभारी, सिद्धार्थ विश्वविद्यालय, कपिलवस्तु, सिद्धार्थनगर।
6. समस्त शोध निर्देशक, सिद्धार्थ विश्वविद्यालय कपिलवस्तु, सिद्धार्थनगर।
7. ब्यैक्तिक सहायक कुलसचिव, सिद्धार्थ विश्वविद्यालय, कपिलवस्तु, सिद्धार्थनगर।
8. निजी सचिव, कुलपति जी, मा० कुलपति जी को अवलोकनार्थ प्रेषित।
9. सम्बन्धित पत्रावली।

|

कुलसचिव

सिद्धार्थ विश्वविद्यालय, कपिलवस्तु,
सिद्धार्थनगर।

APPOINTMENT OF TWO EXTERNAL EXAMINERS TO EVALUATE THE THESIS FOR THE DEGREE OF Ph. D. OF SIDDHARTH UNIVERSITY, SIDDHARTH NAGAR, U.P.

Name of the Candidate	:
Date of Passing of Ph.D. Course Work	:
Registration No.	:
Department / Faculty of	:
Name Supervisor & Address / College	:
Topic of Ph.D. Thesis	:

Name of examiners recommended by the **Departmental Research Committee** at its meeting held on

Examiners [at least Six]	
1. Prof. Phone No. E-Mail :	2. Prof. Phone No. E-Mail :
3. Prof. Phone No. E-Mail :	4. Prof. Phone No. E-Mail :
5. Prof. Phone No. E-Mail :	6. Prof. Phone No. E-Mail :
Whether the recommendation is in accordance with instructions given in the foot note below	Yes
Special remark if any	No.

Signature of DRC Members:

Note:

1. DRC should send SIX names of Indian examiners covering all the regions of the country EXCEPT Siddharth Nagar University & affiliating colleges.
2. Complete postal address including the name of the City/Country in which the Department/University is located, Pin/ZIP code, E-mail and Fax/Phone number must also be sent for obtaining quick consent from the experts. In case of e-mail ID please ensure that the same is written LEGIBLY or typed correctly.
3. In the case of retired person position held by the examiners at the time of retirement should be clearly mentioned while giving his residential address.
4. Preferably the Examiners must of Professor Level

Chairman, DRC

Certified that –

1. All the addresses are complete including PIN/ZIP code.
2. All the addresses are official or where the address is not official, the position held by the address is clearly stated;
3. The proforma is complete in all respect.

**Chairman, DRC
(SEAL)**

Dean (Academic)/D.R. (Academic)

शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन सहमति-पत्र (प्रारूप)
(वाह्य विशेषज्ञ हेतु)

मैं प्रो०/डॉ०(वाह्य विशेषज्ञ का नाम)
(पद)(विभाग का नाम).....
.....(विश्वविद्यालय/महाविद्यालय का नाम) प्रो०/डॉ०.....
(शोध निर्देशक का नाम).....(पद).....
(विभाग का नाम).....
(विश्वविद्यालय/महाविद्यालय का नाम) के निर्देशन में शोधरत शोधार्थी श्री/कु०/सुश्री/श्रीमती
.....(शोधार्थी का नाम) का शोध-प्रबन्ध मूल्यांकन हेतु सहमति प्रदान
करता/करती हूँ।

वाह्य विशेषज्ञ का हस्ताक्षर/मुहर