



छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड, रायपुर

छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक, यूनानी तथा प्राकृतिक चिकित्सा व्यवसायी अधिनियम, 1970 (अनुकूलन आदेश 2001) के अधीन

स्थायी पंजीयन के लिए आवेदन-पत्र

आवेदन-पत्र क्रमांक PR

मूल्य - 100/-

प्रति,

रजिस्ट्रार

छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा

पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड, रायपुर

शासकीय आयुर्वेद महाविद्यालय चिकित्सालय भवन,

रायपुर - 492010 (छत्तीसगढ़)

राजपत्रित अधिकारी
द्वारा सत्यापित
सामने से खींची गई 3.5
2.5 से.मी. आकार की
वर्तमान फोटो चस्पा
करें।
(पिन/स्टेपल न लगायें)

महोदय,

निवेदन है कि छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक, यूनानी तथा प्राकृतिक चिकित्सा व्यवसायी अधिनियम, 1970 (अनुकूलन आदेश 2001) के बनाये गये "व्यवसायियों का राज्य रजिस्टर" में मेरा नाम प्रविष्ट कर मुझे स्थायी पंजीयन प्रमाण पत्र प्रदान करने का कष्ट करेंगे। इस हेतु आवश्यक जानकारी निम्नानुसार है:-

- पूरा नाम (हिन्दी में) :-
- अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में :-
- पिता का नाम (हिन्दी में) :-
- अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में :-
- आवेदक यदि नाम परिवर्तन :-
- किया हो अथवा विवाहित महिला हो तो उसका पूर्व नाम (नाम परिवर्तन संबंधी दस्तावेज संलग्न करें)
- पति का नाम :-
- आवेदक की श्रेणी (I) अनारक्षित/अन्य पिछड़ा वर्ग/अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति।
(जो लागू ना हो उसे काट दें) (II) सामान्य/स्वतंत्रता संग्राम सेनानी/भूतपूर्व सैनिक/विकलांग।
- जन्मतिथि :- (अंको में) दिन माह वर्ष
(शब्दों में).....
- आवेदन के समय आयु (वर्षों में) :- अंको में शब्दों में
- स्थायी पता (हिन्दी में) :-
- जिला.....प्रदेशपिन कोड
- स्थायी पता (अंग्रेजी में) :-
- जिला.....प्रदेशपिन कोड
- व्यवसाय स्थान का पता (हिन्दी में) :-
- जिला.....(Chhattisgarh)पिन कोड
- व्यवसाय स्थान का पता (अंग्रेजी में) :-
- जिला.....(Chhattisgarh)पिन कोड
- फोन/मोबाईल नं.
- आधार नं.
- ईमेल-आई.डी.

10. व्यवसाय प्रारंभ करने का दिनांक :-----

11. छत्तीसगढ़ में निवास की अवधि (वर्षों में)----- (निवास प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

12. आवेदक के चिकित्सा शिक्षा का विवरण :-

(अ) डिग्री (अर्हता) का विवरण :- (अस्थायी डिग्री/स्थायी डिग्री की सत्यापित दो छायाप्रति संलग्न करें)

| डिग्री का पूरा नाम | डिग्री का संक्षिप्त नाम | विश्वविद्यालय/बोर्ड का नाम | शैक्षणिक संस्था |
|--------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|
| | | | |

(ब) चिकित्सीय अध्ययन का विवरण :- (अंक सूचियों की एक-एक सत्यापित छायाप्रति एवं अंतिम वर्ष अंक सूची की दो सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

| क्रमांक | परीक्षा का नाम | विश्वविद्यालय/बोर्ड का नाम | उत्तीर्ण करने का दिनांक |
|---------|----------------|----------------------------|-------------------------|
| | | | |

(स) डिग्री के लिए अनिवार्य प्रशिक्षण (इन्टर्नशीप) का विवरण :-

(प्राचार्य द्वारा दिये गये प्रमाण पत्र की सत्यापित दो छायाप्रति संलग्न करें)

| प्रशिक्षण देने वाली संस्था का नाम | प्रशिक्षण प्रारंभ तिथि | प्रशिक्षण पूर्ण करने की तिथि | प्रशिक्षण अवधि |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------------|----------------|
| | | | |

13. अस्थायी पंजीकृत आवेदकों का विवरण :- (अस्थायी पंजीयन प्रमाण पत्र मूलतः संलग्न करें)

बोर्ड/परिषद् का नाम -----

अस्थायी पंजीयन क्रमांक -----दिनांक-----

14. अन्य किसी भी बोर्ड/परिषद् से स्थायी पंजीकृत आवेदकों का विवरण :- (पंजीयन प्रमाण पत्र की दो सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

बोर्ड/परिषद् का नाम -----

पंजीयन क्रमांक -----दिनांक-----

15. मेरे द्वारा प्रदान की गयी उपरोक्त जानकारी तथा संलग्न दस्तावेज सही तथा प्रामाणिक हैं। भ्रामक जानकारी अथवा दस्तावेजों के कूटरचना पर बोर्ड मेरे विरुद्ध कार्यवाही करने तथा आवेदन पत्र निरस्त करने हेतु स्वतंत्र होगा।

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त सभी जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सही है।

मैं वचन देता/देती हूँ कि उक्त अधिनियम के तहत निर्धारित नियमों एवं विनियमों का पालन करूंगा/करूंगी।

स्थान -----

दिनांक -----

(आवेदक के हस्ताक्षर)

(आवेदक को अपना हस्ताक्षर राजपत्रित अधिकारी से सत्यापित कराना आवश्यक है।)

..3...
रजिस्ट्रेशन के लिए आवेदन – पत्र

प्ररूप-पांच

(नियम ३१ देखिये)

दिनांक.....

प्रति,

रजिस्ट्रार,

छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति

एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड, रायपुर.

महोदय,

निवेदन है कि मेरा नाम आयुर्वेदिक, यूनानी तथा प्राकृतिक चिकित्सा पद्धतियों के व्यवसायियों के लिए बनाये रखे गये राज्य के व्यवसायियों के रजिस्टर में रजिस्ट्रीकृत किया जाय और कृपया मुझे रजिस्ट्रीकरण प्रमाण-पत्र दिया जाय.

२. रजिस्ट्रीकरण के लिए आवश्यक जानकारी नीचे दी गई है :-

उपाधि-पत्रों, प्रमाण-पत्रों और प्रशंसा-पत्रों की राजपत्रित पदाधिकारी द्वारा सम्यक् रूप से अभिप्रमाणित प्रतियां इसके साथ संलग्न की गई है.

३. धनादेश क्रमांक.....दिनांक.....के द्वारा रजिस्ट्रीकरण फीस के रूप में रूपये १०० भेजे गये है.

(१) नाम.....

(२) पिता का नाम.....

(३) पता.....

(४) जन्म दिनांक तथा आवेदन-पत्र प्रस्तुत किये जाने के दिनांक को आयु.....

(५) व्यवसाय का स्थान :-

(क) नगर या ग्राम.....

(ख) डाकघर.....

(ग) जिला.....

(६) अर्हताएं तथा उन्हें अभिप्राप्त करने का दिनांक

(७) उस महाविद्यालय या संस्था का नाम जहां से कि उसने परीक्षा उत्तीर्ण की हो

(८) वह दिनांक जिससे कि आवेदक ने व्यवसाय प्रारम्भ किया हो

यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दी गई जानकारी सही और मैं यह वचन देता हूं कि मैं छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड द्वारा समय-समय पर निर्धारित किये गये व्यवसायियों के रूप में अनुसरित किये जाने वाले व्यवसायिक शिष्टाचार सम्बन्धी नियमों का पालन करूंगा.

.....
आवेदक के हस्ताक्षर

“घोषणा –पत्र”

फार्म – ए

(भारतीय चिकित्सा केन्द्रीय परिषद्, विनियम – 3 देखिये)

- (एक) मैं सत्यनिष्ठा से प्रतिज्ञा करता हूँ कि मैं अपना जीवन मानवता की सेवा में समर्पित करूंगा/करूंगी।
 (दो) मैं किसी धमकी के होते हुए भी, मानवता के सिद्धांतों के प्रतिकूल अपने ज्ञान का प्रयोग नहीं करूंगा/करूंगी।
 (तीन) मैं मानव के गर्भ में आने के समय से ही मानव जीवन के प्रति अत्यंत आदर रखूंगा/रखूंगी।
 (चार) मैं अपने कर्तव्य और रोगी के बीच धर्म, राष्ट्रीयता, मूलवंश, दलीय राजनीति या सामाजिक प्रतिष्ठा के विचार को व्यवधान नहीं बनने दूंगा/दूंगी।
 (पांच) मैं अपना व्यवसाय निष्ठापूर्वक और गरिमा के साथ करूंगा/करूंगी।
 (छः) मेरे रोगी का स्वास्थ्य मेरा प्रथम लक्ष्य होगा।
 (सात) मैं उन रहस्यों की, जो मुझे ज्ञात होंगे गोपनीयता बनाए रखूंगा/रखूंगी।
 (आठ) मैं अपने गुरुजनों के प्रति आदर और कृतज्ञता रखूंगा/रखूंगी, जिसके वे पात्र हैं।
 (नौ) मैं चिकित्सा व्यवसाय के सम्मान तथा आदर्श परम्पराओं का अपनी शक्ति और सामर्थ्य भर पालन करूंगा/करूंगी।
 (दस) मैं अपने सहयोगियों के प्रति भातृभाव रखूंगा/रखूंगी।
 (ग्यारह) मैं व्यवसायिक आचरण के मानदण्डों तथा शिष्टाचार को बनाए रखूंगा/रखूंगी और विनियमों में अधिकथित आचार संहिता का पालन करूंगा/करूंगी।

मैं निष्ठापूर्वक, स्वेच्छा से तथा शपथपूर्वक यह घोषणा करता/करती हूँ तथा इसका पालन करने का वचन देता/देती हूँ।

.....

आवेदक के हस्ताक्षर

पूरा नाम

कार्यालय उपयोग के लिये

1. फार्म वितरण क्रमांक -----दिनांक-----वितरक के हस्ताक्षर-----

2. फार्म आवक क्रमांक -----दिनांक -----आवक कर्ता के हस्ताक्षर-----

3. प्राप्त शुल्क का विवरण :-

| क्रमांक | मद | राशि | बुक/रशीद क्रमांक | दिनांक | लेखापाल के हस्ताक्षर |
|---------|----|------|------------------|--------|----------------------|
|---------|----|------|------------------|--------|----------------------|

4. स्थायी पंजीयन क्रमांक – छग दिनांक

रजिस्ट्रार

छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति
एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड, रायपुर