

परिशिष्ट "क"
[नियम 3 (1) (देखिए)]

सेवा में

रजिस्ट्रार,

आयुर्वेदिक तथा युनानी चिकित्सा पद्धति बोर्ड, हरियाणा, पंचकूला।
हरियाणा आयुर्वेदिक तथा युनानी चिकित्सा व्यवसाय अधिनियम 1970 की धारा 15 के अधीन
रजिस्टर में दर्ज करने के लिए आवेदन पत्र।

महोदय,

मैं प्रार्थना करता हूँ/करती हूँ कि मेरा नाम हरियाणा आयुर्वेदिक तथा युनानी चिकित्सा व्यवसाय अधिनियम 1970 के अधीन रखे रजिस्टर के भाग एक/दो में आयुर्वेदिक/युनानी चिकित्सक के रूप में दर्ज कर लें। सूचना तथा अभिलेख के लिए मेरे मामले से सम्बन्धित सारा आवश्यक ब्यौरा नीचे दिया गया है।

तिथि.....20

.....

आवेदक के हस्ताक्षर

टिप्पणी : आवेदन-पत्र में काटे हुए सभी शब्दों के ऊपर आवेदक स्वयं हस्ताक्षर करें।

1. आवेदक का नाम (मोटे अक्षरों में)
 2. (क) विवाह उपरांत नाम यदि कोई हो
 - (केवल विवाहित महिलाओं द्वारा मोटे अक्षरों में भरा जाए)
 3. पिता/पति का नाम
 4. स्थान जहां प्रैक्टिस कर रहा हो/रही हो/करेगा/करेगी
 - गांव/मोहल्ला डाकघर.....
 - जिला तहसील
 - थाना
 5. जन्म तिथि
 - (जन्म तिथि की पुष्टि में प्रमाण-पत्र की एक प्रति नत्थी करें।)
 6. किस चिकित्सा पद्धति के अनुसार वह प्रैक्टिस कर रहा है/रही है (आयुर्वेदिक/युनानी)
 7. (क) मान्यता प्राप्त प्रभाग (फैकल्टी) बोर्ड विश्वविद्यालय (यूनिवर्सिटी) का नाम तथा पता जहां से शिक्षा प्राप्त की
 - (ख) ऊपर लिखी संस्था में अध्ययन की अवधि
 - (ग) पास की गई परीक्षा का नाम
 - (घ) परीक्षा किस वर्ष पास की
 8. क्या आप का नाम किसी राज्य बोर्ड के रजिस्टर सूची में दर्ज है
 - (क) रजिस्टर सूची में इन्दराज नं. (प्रमाण-पत्र की एक प्रति नत्थी करें)
 - (ख) राज्य बोर्ड का नाम
 9. (क) रजिस्टर में दर्ज करने के लिए 2500 रुपये
डिमांड ड्राफ्ट/रसीद संख्या तिथि.....द्वारा भेज दिया गया है।
(ख) यदि फीस नकद अदा की गई हो तो सरकारी रसीद की संख्या तथा तिथि.....लिखिये।
- टिप्पणी :- (i) रजिस्ट्रार, आयुर्वेदिक तथा युनानी चिकित्सा पद्धति बोर्ड हरियाणा, चंडीगढ़ को रजिस्ट्रेशन फीस डिमांड ड्राफ्ट द्वारा दी जा सकती है।
(ii) मान्यता प्राप्त संस्था का डिप्लोमा तथा डिग्री इस आवेदन पत्र के साथ भेजा जाये।
(iii) जो खाने/शब्द लागू न हों उन्हें काट दिया जाये।

तिथि.....20.....

.....

आवेदक के हस्ताक्षर

शपथ पत्र

मैं.....सुपुत्र/सुपुत्री.....
निवासी गांवडाकघर.....
थानातहसील.....
जिलाऔर जो.....
गांव/मोहल्लाडाकघर.....
थानातहसील.....जिला.....

मैं प्रैक्टिस करता हूँ/करती हूँ सत्यनिष्ठा द्वारा निम्न प्रकार घोषणा करता/करती हूँ कि :-

- (क) नैतिक नीचता के किसी अपराध के कारण मुझे न तो किसी दण्ड न्यायालय के द्वारा सिद्ध दोषी ठहराया गया है और न सजा दी गई है।
(ख) मुझे किसी सूक्ष्म न्यायालय द्वारा विकृत चिंत नहीं ठहराया गया है।
(ग) मैं अनुमुक्त दिवालिया नहीं हूँ।
(घ) व्यावसायिक अविचाल के कारण किसी राज्य बोर्ड/कौंसिल या परिषद द्वारा रखे गये चिकित्सा रजिस्टर से मेरा नाम खारिज नहीं किया गया है।
(ङ) मैंने आयुर्वेदिक तथा युनानी चिकित्सा व्यवसाय अधिनियम 1970 तथा उसके अधीन बनाए गये नियमों को पढ़ लिया है और मैं वायदा करता/करती हूँ कि उक्त अधिनियम तथा नियमों की शर्तों का पालन करूंगा/करूंगी।

मैं सत्यनिष्ठा से प्रतिज्ञा करता/करती हूँ कि रजिस्टर करने के लिए मेरे आवेदन-पत्र और ऊपर के पैरा (क) से (ग) तक में दी गई सूचना मेरी पूरी जानकारी तथा विश्वास के अनुसार ठीक है। मैं शपथ लेकर यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि कोई भी सम्बन्धित सूचना छुपाई नहीं गई है।

तिथि20.....

आवेदक के हस्ताक्षर

टिप्पणी :-

शपथ पत्र को तसदीक सरपंच ग्राम/म्युनिसिपल कमिश्नर और फिर किसी शपथ कमिश्नर अथवा मैजिस्ट्रेट क्लास फर्स्ट द्वारा की जाये।

तसदीक की जाती है।

तसदीक करने वाले अधिकारी के हस्ताक्षर

पूरा नाम (मोटे अक्षरों में)

पद का नाम

तिथि

(कार्यालय द्वारा भरा जाए)

नाम रजिस्टर करने के लिए आवेदन पत्र (तिथि)को प्राप्त हुआ।

डायरी संख्या

(क) रजिस्टर में दर्ज करने और प्रमाण-पत्र जारी करने के लिए फीस तिथि

को प्राप्त हुई।

सरकारी रसीद संख्या तिथि

रोकड़ बही की पृष्ठ संख्या वैयक्तिक खाते की पृष्ठ संख्या

कोषाध्यक्ष के हस्ताक्षर

रजिस्ट्रार का आदेश

रजिस्ट्री संख्या

मूल प्रमाण पत्रों की छानबीन की गई और उन्हें तिथिको

लौटा दिया गया।

पत्र संख्या तिथिके द्वारा रजिस्ट्री

प्रमाण पत्र जारी किया गया।

पहचान-पत्र जारी करने के लिए आवेदन-पत्र

नाम
पिता/पति का नाम
स्थायी रिहायशी पता
व्यवसायिक पता
पंजीकरण संख्या
रजिस्टर का भाग जिसमें पंजीकृत किया गया.....
पद्धति जिसमें व्यवसाय करता है
पहचान के लिए चिन्ह
तिथि

आवेदक के हस्ताक्षर

घोषणा

मैं सत्यनिष्ठा से घोषणा करता हूँ कि मैं पंजीकृत आयुर्वेदिक/ युनानी चिकित्सा व्यवसायी हूँ तथा मेरा पंजीकरण संख्या..... है। मैं से आयुर्वेदिक/ युनानी चिकित्सा व्यवसायी के रूप में व्यवसाय कर रहा हूँ।

सत्यापित किया जाता है कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे ज्ञान तथा विश्वास अनुसार सही है तथा इसमें कुछ छिपाया नहीं गया है।

स्थान

तिथि

पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी के हस्ताक्षर

राजपत्रित अधिकारी/ बोर्ड के सदस्य/ संसद/विधान सभा सदस्य का प्रमाण-पत्र।

प्रमाणित किया जाता है कि मैं श्री
पुत्र/पत्नी श्रीको
जानता हूँ जो पंजीकृत आयुर्वेदिक एवं यूनानी चिकित्सा व्यवसायी है। वह आयुर्वेदिक एवं युनानी चिकित्सा व्यवसायी के रूप में ऊपर दिए गए पते पर व्यवसाय कर रहा है/ कर रही है।

जारीकर्ता प्राधिकारी के हस्ताक्षर

तथा मोहर।

टिप्पणी :- (1) जो लागू न हो उसको काट दें।

(2) राजपत्रित अधिकारी/बोर्ड के सदस्य/संसद सदस्य विधान सभा सदस्य से सम्यक रूप से साक्षात्कृत तीन पासपोर्ट आकार के फोटो प्रारूप के साथ भेजने चाहिए।

(3) पहचान पत्र फीस 50/-।