



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

कार्यालय - शासकीय आयुर्वेदिक महाविद्यालय चिकित्सालय भवन, रायपुर

492010(छत्तीसगढ़) फोन एवं फैक्स 0771 - 2263165

वेबसाईट - www.cgaupcb.in, ई-मेल - registrar@cgaupcb.in, cgaupcbregistrar@gmail.com

—:: पंजीयन पुर्नस्थापना (Restoration) के लिए आवेदन ::—

प्रति,

रजिस्ट्रार

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

नवीनतम पासपोर्ट
साईज फोटो चस्पा
करें।

मेरा नाम छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक, यूनानी तथा प्राकृतिक चिकित्सा व्यवसायी अधिनियम 1970 के अंतर्गत संधारित राज्य रजिस्टर में आयुर्वेद/यूनानी/प्राकृतिक चिकित्सा व्यवसायी के रूप में प्रविष्ट है। मेरा नाम उक्त रजिस्टर में जारी रखने हेतु मूल पंजीयन प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि, पुनरीक्षण पुर्नस्थापना (Restoration) आवेदन पत्र तथा 02 पासपोर्ट साईज फोटो संलग्न कर रहा/रही हूँ :-

01. नाम (हिन्दी में)

(अंग्रेजी Block Letter में)

02. पिता का नाम (हिन्दी में)

(अंग्रेजी Block Letter में)

03. जन्मतिथि (अंग्रेजी कैलेंडर अनुसार)

दिनांक----- माह----- वर्ष-----

04. पंजीयन क्रमांक एवं दिनांक

क्रमांक----- दिनांक-----

05. वर्तमान चिकित्सा व्यवसाय का पता

(यदि शासकीय सेवा में हैं

तो पदस्थापना स्थल का पता)

(अंग्रेजी Block Letter में)

06. वर्तमान निवास स्थान का पता

जिस पर पत्राचार किया जा सके

(अंग्रेजी Block Letter में)

07. मोबाईल नंबर _____
08. आधार नंबर _____
09. ई-मेल _____
10. रक्त समूह _____
11. अतिरिक्त अर्हता प्राप्त करने
का वर्ष एवं विश्वविद्यालय का नाम _____
12. क्या आप किसी आपराधिक या
वृत्तिक कदाचरण के मामले में
किसी न्यायालय अथवा राज्य परिषद्
से दण्डित हुए हैं? — हाँ/नहीं

यदि हाँ तब :-

- प्रकरण क्रमांक _____
 - दण्ड की प्रकृति _____
 - न्यायालय/राज्य परिषद् का नाम _____
13. पुर्नस्थापना (Restoration) के लिए शुल्क की जानकारी
- नगद 8,500 /—
(अक्षरी आठ हजार पाँच सौ रुपये मात्र)
 - बैंक ड्रॉफ्ट नंबर _____
 - बैंक का नाम एवं शाखा _____

प्रमाणित किया जाता है कि मेरे द्वारा प्रदान की गयी उपरोक्त समस्त जानकारी
एवं संलग्न दस्तावेज सत्य एवं प्रमाणित है।

स्थान — _____

दिनांक — _____

हस्ताक्षर

आवेदक का नाम



वचन-पत्र

मैं

पुत्र/पुत्री

निवासी

आयु

निम्नलिखित वचन पत्र रजिस्ट्रार, छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, रायपुर को प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ :-

01. यह कि छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, अधिनियम 1970 के उपबंधों के अधीन छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद् में मेरा नाम प्रविष्ट किया गया है तथा मुझे रजिस्ट्रीकरण क्रमांक ----- जारी किया गया है। मेरा नाम उक्त रजिस्टर में चालू रखने हेतु मैं मूल रजिस्ट्रीकरण प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि/पुनर्स्थापना (Restoration) आवेदन पत्र तथा दो पासपोर्ट साईज फोटो संलग्न कर रहा/रही हूँ।
02. यह कि छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद् द्वारा मुझे आयुर्वेद/यूनानी/प्राकृतिक चिकित्सा पद्धति से चिकित्सा व्यवसाय करने हेतु बिन्दु 01 में उल्लेखित अनुसार पंजीयन प्रमाण पत्र जारी किया गया है।
03. यह कि छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, रायपुर में रजिस्टर में मेरा नाम चालू रखने हेतु प्रस्तुत इस आवेदन पत्र दिनांक तक मेरे चिकित्सा व्यवसाय के संबंध में किसी भी न्यायालय, थाना, जॉच एजेंसी अथवा राज्य परिषद् आदि में कोई भी प्रकरण विचाराधीन/लंबित नहीं है।
04. यह कि मुझे किसी भी न्यायालय अथवा राज्य परिषद् द्वारा मुझे, मेरे द्वारा किए गए/किए जा रहे चिकित्सा व्यवसाय अथवा अन्य किसी भी प्रकरण के संबंध में दण्ड प्रक्रिया संहिता अथवा अन्य विधि में उल्लेखित प्रावधानों के अंतर्गत दोष सिद्ध नहीं ठहराया गया है।
05. यह कि मेरे द्वारा यह वचन पत्र छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, रायपुर में मेरा नाम उक्त रजिस्टर में चालू रखने हेतु प्रस्तुत किया जा रहा है।

वचन पत्र की कण्डिका 01 से 05 में वर्णित तथ्य मेरे निजी ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य एवं प्रमाणित है।

वचनग्रहिता का नाम एवं हस्ताक्षर



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

कार्यालय - शासकीय आयुर्वेदिक महाविद्यालय चिकित्सालय भवन, रायपुर

492010(छत्तीसगढ़) फोन एवं फैक्स 0771 - 2263165

वेबसाईट - www.cgaupcb.in, ई-मेल - registrar@cgaupcb.in, cgaupcbregistrar@gmail.com

—:: पंजीयन पुर्नस्थापना (Restoration) हेतु आवश्यक दस्तावेज एवं शुल्क विवरण ::—

आवश्यक दस्तावेज :-

01. आवेदन पत्र
02. पंजीयन प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति,
03. आधार कार्ड का स्वप्रमाणित छायाप्रति,
04. नवीनतम 02 पासपोर्ट साईज फोटो,
05. वचन पत्र,
06. शुल्क - 8,500 /- (अक्षरी आठ हजार पाँच सौ) नगद / अथवा डिमांड ड्रॉफ्ट
07. डिमांड ड्रॉफ्ट **"CG AYUR, UNANI PRAKRI, CHIKITSA"** के नाम से स्वीकार किए जाएंगे।

अथवा

नगद शुल्क की रसीद

(डॉ. संजय शुक्ला)

रजिस्ट्रार

छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति
एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, रायपुर (छ.ग.)
