

स्थायी पंजीयन के लिए आवेदन-पत्र

मूल्य - 100/-

छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा
पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, 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 चरूपा
करें।
(पिन/स्टेपल न लगायें)

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:-

- 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 सूचीओं 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. आवेदक यदि इस परिषद् में पूर्व में पंजीकृत था तब ऐसी स्थिति में निम्न विवरण प्रस्तुत करें :-

पूर्व पंजीयन संख्या ----- पंजीयन दिनांक -----

पंजीयन निरस्तीकरण दिनांक -----

पंजीयन निरस्त होने का कारण -----

15. 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-----

16. 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 परिषद्, 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 परिषद् 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।

नोट :- आवेदक को आवेदन पत्र प्रस्तुत करते समय संलग्न दस्तावेजों के सत्यापन हेतु समस्त दस्तावेजों की मूल प्रति प्रस्तुत करना अनिवार्य है।

.....
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 परिषद्, रायपुर



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

कार्यालय - शासकीय आयुर्वेदिक महाविद्यालय चिकित्सालय भवन, रायपुर

492010(छत्तीसगढ़) फोन एवं फैक्स 0771 - 2263165

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

चरक प्रतिज्ञा

अहं प्रतिज्ञां करोमि यद् अहं स्वस्य अध्ययनकाले शास्त्रार्थं सम्यक् ज्ञात्वा वैद्यकीयव्यवसाये दक्षः अभवम्।

मैं प्रतिज्ञा करता हूँ/करती हूँ कि मैं अपने अध्ययनकाल में शास्त्र के अर्थ को अच्छी तरह जानकर वैद्यकीय व्यवसाय में कुशल हो गया हूँ/गई हूँ।

I undertake that during my study period knowing the meaning of the scriptures well, I have become skilled in the medical profession.

अहं श्रुष्टकर्ता भवितुं सर्वदा यत्तिष्ये सर्वदा शुचिभूतः च स्याम्॥

मैं श्रुष्टकर्ता होने के लिए सदा प्रयत्न करूँगा/करूँगी और सदा शुद्ध रूप से रहूँगा/रहूँगी।

I will always try to be practically skilled and will always be pure.

मम सहकारिणां सम्मानम् आदरं च कुर्याम्॥

मेरे सहकारियों का सम्मान एवं आदर करूँगा/करूँगी।

I will respect and honor my colleagues.

अहं विद्या, वितर्क, विज्ञान, स्मृति, तत्परता क्रियादिगुणेषु सम्यग् रूपेण सज्जोऽस्मि / सज्जाऽस्मि ॥

मैं विद्या, वितर्क, विज्ञान, स्मृति, तत्परता एवं क्रिया आदि गुणों में अच्छी तरह तैयार हूँ।

I am well prepared in the qualities of learning, debate, science, memory, readiness and action etc.

अहं मदीयं वैद्यकीयं व्यवसायं परमसत्यतया, प्रामाणिकतया, सदसद्विवेकबुद्ध्या आदरभावेन च कुर्याम्।

मैं अपने वैद्यकीय व्यवसाय को परम सत्य रूप से, प्रामाणिक रूप से, सत् एवं असत् विवेक की बुद्धि से और आदरभाव से करूँगा/करूँगी।

I will practise my medical profession most truthfully, authentically, with the wisdom of true and false conscience and with respect.

प्रत्येकेन रुग्णेन सह मम वर्तनं मानवीय आत्मीयं च स्यात्।

प्रत्येक रोगी के साथ मेरा व्यवहार मानवीय एवं आत्मीय होगा।

My behavior with each patient will be humane and soulful.

अहं रुग्णस्य व्याधिविषये गोपनीयताम् पालयेयम्॥

मैं रोगी की व्याधि के विषय में गोपनीयता का पालन करूँगा/करूँगी।

I will comply confidentiality regarding the patient's illness.

अहं रुग्णं प्रति करुणायाः बन्धुतायाः प्रीतेः च व्यवहारं करिष्यामि।

मैं रोगी के प्रति करुणा, बन्धुता एवं प्रीतिपूर्वक व्यवहार करूँगा/करूँगी।

I will behave with compassion, brotherhood and affection towards the patient.

रुग्णस्य चिकित्सां करिष्यामि एवं भेषजरूपेण स्वकीयसाफल्यस्य, यशसः, विद्यायाश्च प्रयोगं जनकल्याणाय करिष्यामि॥

रोगी की चिकित्सा करूँगा/करूँगी और चिकित्सक के रूप में अपनी सफलता का, यश का एवं विद्या का प्रयोग जनकल्याण के लिए करूँगा/करूँगी।

I will treat the patient and use my success, fame and knowledge as a doctor for welfare of Mankind.

Signature of Practitioner.....

(अन्य राज्य के विश्वविद्यालयों से अर्हता प्राप्त अभ्यर्थियों हेतु)

नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ – पत्र

(प्रथम बार स्थायी पंजीयन हेतु)

मैं डॉ.आत्मज / आत्मजा
..... उम्र..... व्यवसाय..... (आयुर्वेद / युनानी /
सिद्ध / प्राकृतिक) चिकित्सा, व्यवसाय का स्थान –
तहसील..... जिला – राज्य –
छत्तीसगढ़ शपथपूर्वक कथन करता / करती हूँ कि :-

1. मैं भारतीय चिकित्सा केन्द्रीय परिषद अधिनियम, 1970 के अधीन मान्यता प्राप्त महाविद्यालय
.....से अध्ययन / प्रशिक्षण प्राप्त करने के उपरान्त संबंधित
..... विश्वविद्यालय से आयुर्वेद / सिद्ध / युनानी में स्नातक उपाधि प्राप्त किया हूँ ।
2. मैं छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा युनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, रायपुर में
छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक, युनानी तथा प्राकृतिक चिकित्सा व्यवसायी अधिनियम, 1970 के अधीन अपना
प्रथम व्यवसायिक पंजीयन कराना चाहता हूँ। इसके पूर्व किसी भी प्रदेश के पंजीयन बोर्ड / कौंसिल में
मेरा स्थाई पंजीयन नहीं है।
3. छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा युनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, रायपुर में मेरा
पंजीयन हो जाने पर भविष्य में यदि मुझे अपना व्यवसाय अन्य प्रदेश में करना हो तो इस परिषद् द्वारा
जारी मूल पंजीयन प्रमाण पत्र इसी परिषद् कार्यालय में जमा करूंगा तथा अपना नाम यहां के राज्य
रजिस्टर से हटवा लूंगा ।
4. पंजीयन के पश्चात् मेरे व्यवसाय स्थान का पता परिवर्तित होने पर यथाशीघ्र परिषद् कार्यालय को
इसकी सूचना दूंगा ।
5. पंजीयन हेतु मेरे द्वारा प्रस्तुत किये गये समस्त शैक्षणिक दस्तावेज पूर्णतः सत्य व प्रमाणित है यदि
सत्यापन / परीक्षण के दौरान उक्त दस्तावेजों में कूटरचना या असत्य जानकारी पायी जाती है तो
इसके लिए मैं स्वयं जिम्मेदार होऊंगा। मेरे इस कृत्य के लिए छत्तीसगढ़, आयुर्वेदिक तथा युनानी
चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद् कार्यालय मेरे विरुद्ध कानूनी कार्यवाही करने तथा
आवेदन पत्र को निरस्त करने हेतु स्वतंत्र होगा।
6. मैं अपने चिकित्सा व्यवसाय के दौरान भारतीय चिकित्सा केन्द्रीय परिषद् अधिनियम 1970 के तहत
भारतीय चिकित्सा व्यवसायी (वृत्तिक आचरण और शिष्टाचार स्तर तथा आचार संहिता) विनियम 1982
के प्रावधानों का पालन करूंगा / करूंगी।

दिनांक

हस्ताक्षर

सत्यापन

मैं डॉ.

आत्मज / आत्मजा सत्यापित करता / करती हूँ कि इस
शपथ पत्र की कण्डिका क्रमांक 1 से 6 में उल्लिखित लेख मेरे सर्वोत्तम ज्ञान एवं जानकारी अनुसार सही
है, जिसे मैं पूरे होशों हवास में सत्यापित करता हूँ।

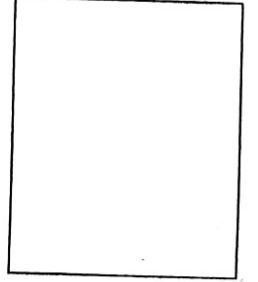
हस्ताक्षर



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

पंजीयन बोर्ड द्वारा परिचय - पत्र की जानकारी के संबंध में

नाम : - _____
पिता का नाम : - _____
जन्म तिथि : - _____
शैक्षणिक योग्यता : - _____
पंजीयन क्रमांक : - _____
आधार नम्बर : - _____
स्थायी पता : - _____
मेल आई.डी. : - _____
मोबाईल नं. : - _____
रक्त समूह : - _____



चिकित्सा व्यवसायी का हस्ताक्षर