



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

कार्यालय - शासकीय आयुर्वेदिक महाविद्यालय चिकित्सालय भवन, रायपुर (छ.ग.)

492010(छत्तीसगढ़) फोन एवं फैक्स 0771 - 2263165

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

क्रमांक / पंजीयन / 2026 / 185

रायपुर, दिनांक - 27/02/2026

-:: सूचना ::-

भारतीय चिकित्सा पद्धति राष्ट्रीय आयोग (आचार एवं पंजीयन) विनियम 2023 के धारा 12 के (1) एवं (2) के प्रावधानानुसार छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, रायपुर में अस्थायी पंजीयन (Temporary Registration) की प्रक्रिया प्रारंभ की गई है।

उपरोक्तानुसार आयुर्वेद एवं यूनानी चिकित्सा व्यवसायी परिषद् से अस्थायी पंजीयन (Temporary Registration) प्राप्त कर सकते हैं। अस्थायी पंजीयन प्रमाण पत्र को 10 वर्ष पूर्ण होने तक प्रत्येक वर्ष नवीनीकृत किया जावेगा जिसके पश्चात् उक्त चिकित्सक को केवल एक राज्य का पंजीयन रखने का अधिकार होगा। अस्थायी पंजीयन हेतु आवेदन पत्र, अनिवार्य दस्तावेजों की सूची तथा शुल्क का विवरण परिषद् की वेबसाइट www.cgaupcb.in में उपलब्ध है।

(डॉ. संजय शुक्ला)

रजिस्ट्रार

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



छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्, रायपुर

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

अस्थायी पंजीयन के लिए आवेदन-पत्र

आवेदन-पत्र क्रमांक PR..... (भारतीय चिकित्सा पद्धति राष्ट्रीय आयोग (आचार एवं पंजीयन विनियम 2023) के धारा 12 (1) एवं (2) के अधीन) मूल्य - 100/-

प्रति,

रजिस्ट्रार

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 चस्पा
करें।
(पिन/स्टेपल न लगायें)

महोदय,

निवेदन है कि मैं भारतीय चिकित्सा पद्धति राष्ट्रीय आयोग (आचार एवं पंजीयन विनियम 2023) के धारा 12 (1) एवं (2) के प्रावधानानुसार छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक, यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद् में अस्थायी पंजीयन कराना चाहता/चाहती हूँ। इस हेतु आवश्यक जानकारी निम्नानुसार है:-

1. पूरा नाम (हिन्दी में) :-

अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में :-

2. पिता का नाम (हिन्दी में) :-

अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में :-

3. आवेदक यदि नाम परिवर्तन :-

किया हो अथवा विवाहित महिला हो तो उसका पूर्व नाम (नाम परिवर्तन संबंधी दस्तावेज संलग्न करें)

4. पति का नाम :-

5. 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।

6. जन्मतिथि :- (अंको में) दिन माह वर्ष

(शब्दों में).....

7. आवेदन के समय आयु (वर्षों में) :- अंको में शब्दों में

8. स्थायी पता (हिन्दी में) :-

जिला.....प्रदेश.....पिन कोड

स्थायी पता (अंग्रेजी में) :-

जिला.....प्रदेश.....पिन कोड

9. व्यवसाय स्थान का पता (हिन्दी में) :-

जिला.....(Chhattisgarh)पिन कोड

व्यवसाय स्थान का पता (अंग्रेजी में) :-

जिला.....(Chhattisgarh)पिन कोड

फोन/मोबाईल नं.

ईमेल-आई.डी.

ब्लड ग्रुप

आधार नं.

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

11. छत्तीसगढ़ में निवास की अवधि (वर्षों में)-----

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. आवेदक वर्तमान में जिस राज्य परिषद्/बोर्ड में पंजीकृत है उसका विवरण :- (पंजीयन प्रमाण पत्र की दो सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें)

बोर्ड/परिषद् का नाम -----

पंजीयन क्रमांक -----वैधता दिनांक-----

14. मेरे द्वारा प्रदान की गयी उपरोक्त जानकारी तथा संलग्न दस्तावेज सही तथा प्रामाणिक हैं। भ्रामक जानकारी अथवा दस्तावेजों के कूटरचना पर परिषद् 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।)

“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, मूलबंध, 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 क्रमांकदिनांक.....वितरक के हस्ताक्षर.....

2. फार्म आवक क्रमांकदिनांकआवक कर्ता के हस्ताक्षर.....

3. प्राप्त शुल्क का विवरण :-

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

4. अस्थायी पंजीयन क्रमांक – छग दिनांक

रजिस्ट्रार

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

नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र

मैं डॉ.

आत्मज / आत्मजा उम्र..... वर्ष

व्यवसाय.....(आयुर्वेद / युनानी / सिद्ध / प्राकृतिक)चिकित्सा, व्यवसाय का स्थान -
.....तहसील.....

जिला -राज्य - 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 अस्थायी पंजीयन करवाना चाहता / चाहती हूँ।
3. पंजीयन के पश्चात् मेरे व्यवसाय स्थान का पता परिवर्तित होने पर यथाशीघ्र बोर्ड कार्यालय को
इसकी सूचना दूंगा ।
4. 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 रहूंगा / रहूंगी। मेरे इस कृत्य के लिए छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा
यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा परिषद् कार्यालय मेरे विरुद्ध कानूनी कार्यवाही
करने तथा आवेदन पत्र को निरस्त करने हेतु स्वतंत्र होगा।
5. मैं अपने चिकित्सा व्यवसाय के दौरान भारतीय चिकित्सा पद्धति राष्ट्रीय आयोग (आचार एवं
पंजीयन) विनियम 2023 के वृत्तिक आचरण, शिष्टाचार और आचार संहिता मानक के प्रावधानों
का पालन करूंगा / करूंगी।

दिनांक -

हस्ताक्षर

सत्यापन

मैं डॉ.

आत्मज / आत्मजा सत्यापित करता हूँ कि इस शपथ पत्र
की कण्डिका 1 से 5 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, cgaupcbregistrar@gmail.com

**अस्थायी पंजीयन (Temporary Registration) हेतु आवेदन पत्र के साथ
निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न करें –**

1. 10वीं एवं 12वीं की अंकसूची छायाप्रति स्वप्रमाणित ।
2. बीएएमएस/बीयूएमएस प्रथम से अंतिम वर्ष तक की अंकसूची छायाप्रति स्वप्रमाणित ।
3. इंटर्नशिप पूर्णता प्रमाण पत्र की छायाप्रति स्वप्रमाणित ।
4. बीएएमएस/बीयूएमएस उपाधि प्रमाण पत्र की छायाप्रति स्वप्रमाणित ।
5. वर्तमान पंजीकृत राज्य परिषद/बोर्ड द्वारा जारी अनापत्ति प्रमाण पत्र (NOC) की मूल प्रति संलग्न करना अनिवार्य है ।
6. 03 पासपोर्ट साईज फोटो (आवेदन में चस्पा के अतिरिक्त)
7. आधार कार्ड की स्वप्रमाणित छायाप्रति ।
8. नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र ।
9. **अस्थायी पंजीयन हेतु शुल्क – 10,600/-**

(डॉ. संजय शुक्ला)

रजिस्ट्रार

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