

# पंजीकरण हेतु आवेदन-पत्र (प्रारूप)

(समस्त अधिकृत चिकित्सकों एवं प्रतिष्ठानों)

आवेदक का फोटो

सेवा में,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी

जनपद.....

राज्य.....

महोदय,

कृपया मेरी क्लीनिक/चिकित्सा प्रतिष्ठान जिसका विवरण निम्नवत है का पंजीकरण करने का कष्ट करें:-

1- चिकित्सा प्रतिष्ठान का प्रकार :-

(अ.) चिकित्सालय, नर्सिंगहोम, मेटर्निटी होम, मेडिकल क्लीनिक,  
निजी चिकित्सक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने हेतु,  
पैथालॉजी प्रयोगशाला, डायग्नोस्टिक क्लीनिक।

(अ.) अधिष्ठान व्यक्तिगत अथवा फर्म, सोसाइटी, ट्रस्ट, प्राइवेट लि०  
या पब्लिक लि० कम्पनी द्वारा संचालित है।

2- क्लीनिक/चिकित्सा प्रतिष्ठान का पता:-

3- प्रदत्त चिकित्सा सेवायें:-

4- पंजीकृत एवं अधिकृत चिकित्सक/चिकित्सकों का विवरण:-

(जो कार्यरत/नियुक्त लगाये हुए हैं।)

क्र.सं.	नाम	योग्यता	संस्था पंजीकरण संख्या	पंजीकरण संस्था

5- कार्यरत पैरामेडिकल्स के नाम:-

क्र.सं.	नाम	योग्यता	संस्थान

संलग्नक:-

1. योग्यता, डिग्री डिप्लोमा व पंजीकरण प्रमाण-पत्र प्रमाणित प्रतियां।
2. मेडिकल संस्थान को संचालित करने वाले अथवा संस्थान के प्रभारी का समर्थन में नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र।

दिनांक:-

आवेदक के हस्ताक्षर

(चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने वाले/चिकित्सा संस्थान के प्रभारी)

नाम :

पता :

नोट:-

1. समस्त उपरोक्त आवेदन-पत्र पूर्ण विवरण प्रमाण-पत्रों एवं शपथ-पत्र सहित सम्बन्धित जनपद के मुख्य चिकित्सा अधिकारी के यहाँ प्रत्येक वर्ष 30 अप्रैल अथवा उसके पूर्व 2 प्रतियों में प्राप्त कराये जायेंगे। मुख्य चिकित्सा अधिकारी एक प्रति रजिस्ट्रेशन संख्या अंकन करके अधिकृत एवं पंजीकृत चिकित्सक को/संस्थान के प्रभारी को हस्ताक्षर व मुहर लगाकर आवेदक को वापस करेंगे।
2. प्रतिष्ठान में वृद्धि अथवा परिवर्तन के लिए मुख्य चिकित्सा अधिकारी को 30 दिन के अन्दर सूचित किया जाएगा तथा पंजीकरण का नवीनीकरण प्रत्येक वर्ष 30 अप्रैल के पूर्व कराया जाएगा।
3. भविष्य में जो भी चिकित्सक राज्य में चिकित्सा सेवायें प्रदान करना चाहेंगे उन्हें उपरोक्त प्रारूप पर जहाँ उन्हें सेवायें प्रदान करनी है, सेवायें प्रारम्भ करने से पूर्व सम्बन्धित जनपद के मुख्य चिकित्सा अधिकारी के यहाँ पंजीकरण कराना होगा।