

प्रारूप-1नैदानिक स्थापनों के अस्थायी पंजीकरण हेतु प्रार्थना-पत्र

1. स्थापन का नाम.....
2. पता.....
गांव/करवा.....तहसील.....जिला.....
राज्य.....पिनकोड.....दूरभाष नं.....मो0न0.....
फैक्स.....ई.मेल.आईडी.....वेबसाइट.....
3. प्रारम्भ करने का वर्ष.....
4. स्थान.....ग्रामीण.....शहरी.....महानगरीय.....
5. स्वाभित्व

पब्लिक सेक्टर-

केन्द्र सरकार राज्य सरकार स्थानीय स्वशासन

सार्वजनिक उपक्रम रेलवे ई.एस.आई.सी

स्वायत्तशासी संस्थान अन्य

निजी क्षेत्र (कृपया इंगित करें)

व्यक्तिगत स्वाभित्व.....पंजीकृत भागीदारी.....पंजीकृत कम्पनी

सहकारी समिति.....चैरिटेबल ट्रस्ट/संस्था (केन्द्र व राज्य के नियमों के अधीन पंजीकृत).....

अन्य.....

6. नैदानिक स्थापन के स्वामी का नाम.....
शैक्षिक योग्यता.....
पता.....
गांव/करवा.....तहसील.....जिला.....
राज्य.....पिनकोड.....दूरभाष नं.....मो0न0.....
फैक्स.....ई.मेल.आईडी.....वेबसाइट.....
7. नैदानिक स्थापन के प्रभाषी का नाम

पदनाम.....शैक्षिक योग्यता.....

पता.....

गांव/करवा.....तहसील.....जिला.....

राज्य.....पिनकोड.....दूरभाष नं.....मो0न0.....

फैक्स.....ई.मेल.आईडी.....वेबसाइट.....

8. नैदानिक स्थापन द्वारा प्राप्ति की जानी वाली चिकित्सा पद्धति (जो लागू हो उस पर सही का निशान करें)
 एलोपैथिक..... आयुर्वेदिक..... युगानी..... सिद्धा..... होम्योपैथी.....
 योगा एवं प्राकृतिक चिकित्सा.....

9. नैदानिक स्थापन का स्वरूप/प्रकार

बाह्य रोगी

एकल चिकित्सक..... पोलीक्लीनिक..... उपकेन्द्र..... फिजियोथेरेपी क्लीनिक.....
 डिस्पेंसरी..... इन्फर्टीलिटी क्लीनिक..... डेंटल क्लीनिक..... ओक्यूपेशनल थिरेपी.....
 आईसीटीसी केन्द्र..... अन्य..... डायलिसिस केन्द्र..... वैलनेस/फिटनेस केन्द्र.....

अन्तःरोगी उपचार

चिकित्सालय..... नर्सिंगहोम..... प्रसूति केन्द्र..... प्राथम रवा केन्द्र..... सामुदायिक केन्द्र.....
 सैनेटोरियम..... अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

परीक्षण और निदानात्मक संवाधें

प्रयोगशाला

पैथोलोजी..... हिमैटोलोजी..... बायोकेमिस्ट्री..... माइक्रोबायोलॉजी.....

जेनेटिक्स..... संग्रह केन्द्र..... कोई अन्य (कृपया स्पष्ट करें)

निदानात्मक एवं इमेजिंग केन्द्र

एक्स-रे सेंटर..... मेमोग्राफी..... बोन डेन्सिटोमेट्री..... सोनोग्राफी.....

कलर डॉप्लर..... सीटीस्कैन..... एमआरआई..... पीडीडी स्कैन..... ईएमजी.....

कोई अन्य (कृपया स्पष्ट करें)

10. चिकित्सा सेवा की प्रकृति

(जो लागू हो उस पर सही का निशान करें)

सभी चिकित्सा पद्धतियों के लिए

सामान्य..... एकल विशेषज्ञता..... बहु विशेषज्ञता..... सुपर स्पेशलिटी.....
 सचल चिकित्सा..... अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(ए) एलोपैथी

सामान्य प्रैक्टिस..... बाह्य रोगी..... अन्तः रोगी..... डे-केयर सेंटर.....
 आकस्मिक चिकित्सा..... आई.सी.यू..... आई.सी.सी.यू.....

विकलांगों हेतु विशेष चिकित्सा सेवा..... ब्लड बैंक..... अंग/उत्तक बैंक.....
 अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(बी) आयुर्वेद

औषध चिकित्सा..... शल्य चिकित्सा..... शोधन चिकित्सा..... रसायन.....

गन्ध व्यवस्था..... अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(सी) यूनानी

मताब..... जराहट..... इलाज-बित-तदबीर..... हिफ्जान-ए-रोहत.....

अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(डी) सिद्धा

गारुथुवग..... शिरप्पू गारुथुवग..... वरमन थोवकनाम एवं योगा.....

अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(इ) होम्योपैथी

सामान्य होम्योपैथी..... अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(एफ) प्राकृतिक चिकित्सा

प्राकृतिक प्रक्रियाओं से बाह्य चिकित्सा..... आन्तरिक चिकित्सा.....

अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(जी) योगा

(कृपया स्पष्ट करें)

अवस्थापना विवरण

11. स्थापन का क्षेत्र (वर्ग मीटर में)

(ए) कुल क्षेत्र..... (बी) निर्मित क्षेत्र.....

12. बाह्य रोगी विभाग

12-1 बाह्य रोगी क्लीनिक की कुल संख्या.....

12-2 बाह्य रोगी क्लीनिक का विशेषज्ञतावार विवरण-

क.सं.	विशेषज्ञता	कुल कक्षाओं की संख्या

13. अन्तः रोगी विभाग-

13-1 कुल शैयाओं की संख्या.....

13-2 विशेषज्ञतावार वितरित शैयाओं की संख्या

क.सं.	विशेषज्ञता	कुल शैयाओं की संख्या

14. बायोमैडिकल सेक्टर निस्तरण हेतु पंजीयन, नगरपालिका, नगरनिगम से लाइसेंस की स्थिति-

हाँ नहीं आवेदन किया है

15. प्रदूषण नियन्त्रण बोर्ड से प्रमाण-पत्र प्राप्त होने की स्थिति

हाँ नहीं आवेदन किया है

मानव संसाधन

16. कर्मचारियों की कुल संख्या (आवेदन की तिथि को)

स्थायी कर्मचारियों की संख्या अस्थायी कर्मचारियों की संख्या

(नीचे दिये गये प्रारूप में अंकित करें)

पदनाम/वर्गीकरण	नाम	शैक्षिक योग्यता	पंजीकरण (जहाँ लागू हो)	सेवा की प्रकृति स्थायी/अस्थायी
चिकित्सक				
नर्स				
पैरा-मैडिकल स्टाफ				
फार्मासिस्ट				
सहायक कर्मचारी				
अन्य (कृपया स्पष्ट करें)				

अधिक विवरण के लिए पृथक सीट लगाई जा सकती है।

17. पंजीकरण शुल्क के विकल्प-

ऑनलाईन डिमांड ड्राफ्ट पोस्टल ऑर्डर अन्य (कृपया स्पष्ट करें)

धनराशि रु0

विवरण

रसीद सं.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त भरे गये विवरण मेरे ज्ञान से सत्य व सही

है। मैं नैदानिक स्थापन (पंजीकरण व विनियमन) अधिनियम, 2010 के सभी नियमों का पालन करूंगा/करूंगी।

मैं यह भी प्रमाणित करता/करती हूँ कि उक्त विवरण में किसी परिवर्तन को मैं तत्काल पंजीकरण प्रभारी को सूचित करूंगा/करूंगी।

स्थान-

दिनांक-

हस्ताक्षर