

प्रारूप-1

नैदानिक 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..... वेबसाईट.....
3. प्रारम्भ करने का वर्ष.....
4. स्थान..... ग्रामीण..... शहरी..... महानगरीय.....
5. स्वामित्व.....

पब्लिक सैक्टर-

केंद्र सरकार..... राज्य सरकार..... स्थानीय स्वशासन.....
सार्वजनिक उपक्रम..... रेलवे..... ई एस आई सी.....
स्वायत्तशासी संस्थान..... अन्य.....

निजी क्षेत्र (कृपया इंगित करें)

व्यक्तिगत स्वामित्व..... पंजीकृत भागीदारी..... पंजीकृत कम्पनी.....
सहकारी समिति..... चैरिटेबल ट्रस्ट/संस्था (केंद्र 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..... वेबसाईट.....

7. नैदानिक स्थापन के प्रभारी का नाम.....
पदनाम..... शैक्षिक योग्यता.....
पता.....
गांव/करवा..... तहसील..... जिला.....
राज्य..... पिनकोड..... दूरभाष नं..... मो0न0.....
फैक्स..... ई.मेल.आईडी..... वेबसाईट.....

8. नैदानिक स्थापन द्वारा प्रदान की जागीं वाली चिकित्सा पद्धति (जो लागू हो उस पर सही का निशान करें)

एलोपैथिक..... आयुर्वेदिक..... यूनानी..... सिद्धा..... होम्योपैथी.....
योग एवं प्राकृतिक चिकित्सा.....

9. नैदानिक स्थापन का स्वरूप/प्रकार

वाह्य रोगी

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

अन्त रोगी उपचार

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

परीक्षण और निदानात्मक सेवार्यें

प्रयोगशाला

पैथोलोजी..... हिमेटोलोजी..... 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..... पीईटीस्कैन..... 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..... एक ही विशेषज्ञता..... बहु विशेषज्ञता..... सुपर स्पेशलिटी.....

संचल चिकित्सा..... अन्य (कृपया स्पष्ट करें)

(ए) एलोपैथी

सामान्य चिकित्सा..... वाह्य रोगी..... अन्त रोगी..... डे-केयर सेंटर.....

आकस्मिक चिकित्सा..... आईसीयू..... आईसीसीयू.....

चिकित्सा हेतु विशेष चिकित्सा सेवा..... ब्लड बैंक..... अग/ऊतक बैंक.....

अन्य (कृपया स्पष्ट करें)

(बी) आयुर्वेद

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

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

(सी) यूनानी

मत्तान..... जराहट..... इलाज बिना तदनोर..... डिफ्जान-ए-रोहत.....

अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(डी) सिद्धा

मारुथुवम..... सिरणू मारुथुवम..... तरमन धोवकनाम एवं योगा.....

अन्य (कृपया स्पष्ट करें).....

(ई) होम्योपैथी

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

(एफ) प्राकृतिक चिकित्सा

प्राकृतिक प्रक्रियाओं से वाह्य 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. वाह्य रोगी विभाग

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

12-2. वाह्य रोगी क्लीनिक का विशेषज्ञतावार विवरण-

क.स.	विशेषज्ञता	कुल कक्षा की संख्या

13. अन्तः रोगी विभाग-

13-1 कुल शैथ्याओं की संख्या.....

13-2 विशेषज्ञतावार वितरित शैथ्याओं की संख्या

क.स.	विशेषज्ञता	कुल शैथ्याओं की संख्या

14. बायोमेट्रिकल सेट निस्तान: हेतु पन्नायन, नगरपालिका, नगरनिगम से लाईसेंस की स्थिति-
 हैं नहीं आवेदन किया है
15. प्रदूषण नियन्त्रण बोर्ड से प्रमाण-पत्र प्राप्त होने की स्थिति
 हैं 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	वय	शैक्षिक योग्यता	पंजीकरण (जल लागू हो)	सेवा की प्रकृति स्थायी/अस्थायी
चिकित्सक				
नर्स				
पैरा-मैडिकल स्टाफ				
फार्मसिस्ट				
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 मरे 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