

FORM – A
फार्म-ए
(See Regulation 4)
(विनियम 4 देखें)

Form of application for direct registration under section 23 of Homoeopathy Central Council Act, 1973.

होम्योपैथी केन्द्रीय परिषद् अधिनियम, 1973 की धारा 23 के अधीन सीधे रजिस्ट्रीकरण के लिए आवेदन का प्रारूप।

To,

The Registrar,
Central Council of Homoeopathy,
Janakpuri,
New Delhi

Attested
photograph Pl.
see S.No.3
under below

सेवा में

रजिस्ट्रार,
केन्द्रीय होम्योपैथी परिषद्,
जनकपुरी
नई दिल्ली

Dear Sir,

प्रिय/महोदय

I hereby request that my name and other particulars as mentioned below may be entered in the Central Register of Homoeopathy as required under section 23 of Homoeopathy Central Council Act, 1973.

मैं एतत् द्वारा निवेदन करता हूँ कि मेरा नाम तथा अन्य विवरण होम्योपैथी केन्द्रीय परिषद् अधिनियम, 1973 की धारा 23 के अनुसार केन्द्रीय होम्योपैथिक पंजीका में सम्मिलित किए जाए।

1. Full Name
(in block letters beginning with surname)
पूरा नाम (कुलनाम से शुरू करें)
2. Maiden name if applicant is a woman and surname (in block letters beginning with surname)
यदि अभ्यर्थी महिला हो, तो पूर्व का नाम तथा कुल नाम
(कुलनाम से शुरू करें)
3. Nationality :
राष्ट्रीयता :
4. Residential address :
निवास स्थान का पता :
5. Professional address :
व्यवसायिक पता :
6. Date of birth (Christian Era).
जन्म तिथि (ईस्वी सन् में)
7. a. Qualification for registration possessed by applicant.
पंजीकरण के लिए आवेदक के पास अर्हता
b. Date on which the applicant obtained the qualification.
तारीख जब आवेदक ने अर्हता प्राप्त की।
c. Authority which conferred or granted the qualification.
प्राधिकारी जिसने अर्हताएँ प्रदान या मंजूर की।

- d. The College and Hospital where the applicant received education and internship training for obtaining such qualification and the years (period) of such education and internship training.

महाविद्यालय तथा अस्पताल जहाँ पर अभ्यर्थी द्वारा ऐसी अर्हता प्राप्त करने हेतु शिक्षा तथा इन्टर्नशिप प्रशिक्षण लिया हो तथा ऐसी शिक्षा तथा इन्टर्नशिप प्रशिक्षण के वर्ष (अवधि) –

- e. The name of the State/U.T. Board/Council where he had registered earlier if any.
राज्य अथवा संघशासित प्रदेश बोर्ड अथवा परिषद् का नाम, यदि पहले कहीं पंजिकृत रहे ।

II. I forward herewith one attested copy each of ;

मैं निम्न की एक अनुप्रमाणित प्रति संलग्न अग्रेषित कर रहा हूँ :-

- i) **Matriculation Certificate or Secondary School Certificate or passport or any other document regarding proof of date of birth.**

जन्म प्रमाण पत्र साक्ष्य हेतु मैट्रिकुलेशन प्रमाण-पत्र अथवा माध्यमिक विद्यालय प्रमाण पत्र अथवा पासपोर्ट अथवा अन्य कोई दस्तावेज ।

- ii) **One attested copy of Internship completion certificate.**

इन्टर्नशिप पूर्णता प्रमाण-पत्र की एक अनुप्रमाणित प्रति ।

- iii) **One attested copy of Diploma or Degree Certificate in respect of the medical Qualification possessed by me.**

मेरे द्वारा धारण की गयी आयुर्विज्ञानी अर्हता के संदर्भ में डिप्लोमा अथवा डिग्री प्रमाण पत्र की एक अनुप्रमाणित प्रति

।

III. Registration fee of Rs.2000/- (Rupees two thousand including rupees four hundreds Registration Fees and one thousand six hundred as service charges only) remitted by postal order or Bank Draft No..... in favour of 'Central Council of Homoeopathy' payable at Delhi or New Delhi.

पंजिकरण शुल्क रुपये 2000/- (रुपये एक हजार छःसौ सेवा शुल्क तथा रुपये चार सौ पंजिकरण शुल्क सहित रू0 दो हजार) **केन्द्रीय होम्योपैथी परिषद् दिल्ली अथवा नई दिल्ली** के पक्ष में, को भुगतान योग्य पोस्टल आर्डर अथवा बैंक ड्राफ्ट सं0. ।

N.B. In case of rejection of application the service charges shall not be refunded to the applicant.

आवेदन की अस्वीकार्यता की स्थिति में अभ्यर्थी को सेवा शुल्क वापस नहीं की जायेगी ।

I certify that particulars furnished above are true to the best of my knowledge and belief.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर दी गई विशिष्टियाँ मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं ।

Yours faithfully,
भवदीय,

(Signature of the applicant)

आवेदक के हस्ताक्षर

Date : तारीख

Place : स्थान

N.B. : The following documents/information may also be furnished.

विशेष नोट: आवेदन पत्र के साथ निम्नलिखित दस्तावेजों को संलग्न करें तथा संबंधित कालम में वांछनीय सूचना भी भरें।

1. Father's Name :.....

पिता का नाम

2. Mother's Name

माताजी का नाम

3. Two recent passport size photographs of the applicant (including one only attested from a Gazetted Officer or the Principal of a recognized Homoeopathic Medical College or attested by an Officer of Government created autonomous/statutory/public sector organization having equivalent status to a Gazetted Officer of the Central Government or by the existing Member of Central Council of Homoeopathy or a member of the Legislative Assembly of the State within jurisdiction the applicant resides or a Member of Parliament and the same should be affixed on the application form).

अभ्यर्थी के दो हाल ही में खींचे गये फोटोग्राफ (एक राजपत्रित अधिकारी अथवा मान्यता प्राप्त होम्योपैथी आयुर्विज्ञान महाविद्यालय के प्रधानाचार्य अथवा सरकार द्वारा गठित स्वायत्त अथवा वैधानिक निकाय अथवा सार्वजनिक क्षेत्र संस्थान के अधिकारी जो कि केन्द्रीय सरकार के राजपत्रित अधिकारी स्तर के हों अथवा केन्द्रीय होम्योपैथी परिषद् के वर्तमान सदस्य अथवा अभ्यर्थी के निवास क्षेत्र के विधान सभा सदस्य अथवा संसद सदस्य द्वारा अभिप्रमाणित हो तथा वह आवेदन पत्र पर चिपकाया गया हो, सहित)

4. An attested copy of any document confirming the applicants residential address which may be Indian Election Commissions Identity Card or the Passport or the Driving License or Ration Card/ Adhar Card/Telephone Bill of Mahanagar Telephone Nigam Limited or Bharat Sanchar Nigam Limited/Electricity Bill or Identity Card issued by State Board or Council of Homoeopathy.

अभ्यर्थी के निवास के पते की पुष्टि हेतु भारतीय चुनाव आयोग द्वारा जारी पहचान पत्र, अथवा पास पोर्ट अथवा ड्राइविंग लाईसेंस अथवा राशन कार्ड /आधार कार्ड /महानगर टेलिफोन निगम लिमिटेड अथवा भारत संचार निगम लिमिटेड द्वारा जारी टेलिफोन बिल अथवा बिजली का बिल अथवा राज्य होम्योपैथी बोर्ड अथवा परिषद् द्वारा जारी पहचान पत्र की एक अभिप्रमाणित प्रति।

5. One attested copy of the registration certificate issued by the State Board/Council of Homoeopathy of the concerned State where applicant resides or practicing.

संबंधित राज्य की होम्योपैथी बोर्ड/परिषद् जहाँ अभ्यर्थी का निवास हो अथवा वह साभ्यास करता हो, के द्वारा प्रदत्त पंजीकरण पत्र की एक अभिप्रमाणित प्रति।

6. Copy of the Oath Form (enclosed) must be signed by the applicant and duly attested by the Registered Medical Practitioner of Homoeopathy with his Registration Number and seal.

शपथ पत्र (संलग्न) अभ्यर्थी द्वारा हस्ताक्षर किया जाना आवश्यक है जिसे किसी पंजीकृत होम्योपैथी साभ्यासी द्वारा अभिप्रमाणित किया गया हो तथा साथ ही उसकी सील व पंजीकरण संख्या दी हो

DECLARATION AND OATH

1. I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity.
मैं सत्यनिष्ठा से प्रतिज्ञा करता हूँ कि मैं अपना जीवन मानव जाति की सेवा में समर्पित करूँगा।
2. Even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to laws of humanity.
धमकी दिये जाने पर भी, मैं अपने चिकित्सीय ज्ञान का प्रयोग मानवता के लिए सिद्धांतों के विरुद्ध नहीं करूँगा।
3. I will maintain the utmost respect of human life.
मैं मानव जीवन का भरपूर आदर करूँगा।
4. I will not permit considerations of religion, nationality, race, political beliefs or social standing to intervene between my duty and my patient.
मैं धर्म, राष्ट्रियता, जाति, राजनैतिक मान्यताओं या सामाजिक प्रख्यति के आधार पर अपने रोगियों के बीच भेद-भाव नहीं करूँगा।
5. I will practice my profession with conscience and dignity in accordance with principles of homeopathy and or in accordance with the principles of biochemic system of medicine (tissue remedies).
मैं अपनी वृत्ति होम्योपैथी और/या जीव रसायनिक चिकित्सा पद्धति (टिशु उपचार) के सिद्धांतों के अनुसार शुद्ध अन्तःकरण और गरिमा के साथ करूँगा।
6. The health of my patient shall be my first consideration.
मैं पहले अपने रोगियों के स्वास्थ्य का ध्यान रखूँगा।
7. I will respect the secrets which are confined to me.
मैं उन बातों को गोपनीय बनाए रखूँगा जो मुझे गुप्त रूप से बताई जाएगी।
8. I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due.
मैं अपने अध्यापकों को यह सम्मान दूँगा और उनके प्रति कृतज्ञ रहूँगा जिनके ये अधिकारी हैं।
9. I will maintain by all means in my power the honour and noble traditions of my medical profession.
मैं सभी प्रकार से यथाशक्ति वृत्ति की प्रतिष्ठा और महान परम्पराओं को बनाए रखूँगा।
10. My colleagues will be my brothers and sisters.
मेरे साथी मेरे भाई और बहन के समान होंगे।
11. I make these promises solemnly, freely and upon my honour.
मैं सत्यनिष्ठा पूर्वक, स्वतंत्रता पूर्वक और कसम खाकर ये वचन देता हूँ।

On my honour I swear that I shall practise the teachings of homeopathy, perform my duty, render justice to my patients and the sick whosoever comes to me for treatment.

May the teachings of Master Hahnemann inspire me and may I have the strength for fulfillment of my mission.

मैं अपनी कसम खाकर यह शपथ लेता हूँ कि मैं होम्योपैथी की शिक्षा का उपयोग करूँगा अपना कर्तव्य करूँगा, अपने रोगियों के प्रति न्याय करूँगा और उन सभी बीमारों की सहायता करूँगा जो मेरे पास चिकित्सा के लिए आते हैं।

मास्टर हैनिमैन की शिक्षा से मुझे प्रेरणा मिले और मुझे अपने उद्देश्य की प्राप्ति के लिए शक्ति मिले।

(Signature of the candidate)

आवेदक के हस्ताक्षर

Name:.....

नाम:

Date:.....

तिथि:

***N.B.:** The Declaration & Oath should be signed by the applicant and duly attested by a Registered Medical Practitioner of Homoeopathy.

विशेष नोट: घोषणा और शपथ आवेदक द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए और पंजीकृत होम्योपैथिक चिकित्सा व्यवसायी द्वारा विधियक द्वारा विधियत अनुप्रमाणित होनी चाहिए।

Attested by Sign. _____

सत्यापन करने वाले के हस्ताक्षर.....

Name of Attesting Doctor _____

सत्यापन करने वाले डॉ० का नाम.....

Regn. No. & Qualification of Attesting Doctor _____

सत्यापन करने वाले डॉ० का रजिस्ट्रेशन न० और अर्हता.....