



चिकित्सक सदस्यता का आवेदन पत्र  
Application For PRACTITIONER MEMBER

## अखिल भारतीय प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्

AKHIL BHARATIYA PRAKRITIK CHIKITSA PARISHAD

15, राजघाट कालोनी, रिंग रोड, नई दिल्ली - 110002  
15, RAJGHAT COLONY, RING ROAD, NEW DELHI - 110002

फोटो

1. पूरा नाम स्पष्ट अक्षरों में.....  
Name (in full in Block Letters)
2. पिता/पति का नाम.....  
Father's/Husband's Name
3. उम्र.....  
Age
4. पता : ( आवास ) .....  
Address (Residential)
5. फोन : ( आवास ) .....  
Telephone (Residential)
6. चिकित्सक शुल्क ( आजीवन ) रूपये 1600/- ( एक हजार छः सौ मात्र )  
Practitioner Fee Rs. 1600/- (One Thousand six Hundred only)
7. 'चिकित्सक सदस्य' के नाते मान्यता देने के लिए आवश्यक प्राकृतिक चिकित्सा के अध्ययन, प्रशिक्षण और अनुभव सम्बन्धी, योग्यता विवरण सहित अतिरिक्त कागज पर लिखें।  
Study training and experience in NATURE -Cure to qualify applicant to get enrolled as a 'Practitioner Member' (Detail on a separate sheet).
8. चिकित्सक कार्य कब से कर रहे हैं ( वर्ष ).....  
Practitioner since (Year)
9. आवेदक द्वारा पांच रोगियों का विवरण ( अलग-अलग कागज पर लिखें )  
Five Sample cases treated by applicant (on separate sheets)
10. आवेदक द्वारा लिखी गयी पुस्तकें या लेख ( नमूने की कुछ प्रतियां भेजी जा सकती है। )  
Books or Articles written by applicant (a few specimens may be sent).
11. डिप्लोमा प्रमाणपत्र की एक फोटोकॉपी संलग्न करें।  
D.N.Y.S. Certificate (Photo Copy)
12. 3 फोटो ( पासपोर्ट साईज )  
Three Photos (Pass Port size)

### 13- घोषणा DECLARATION

मैं प्राकृतिक चिकित्सा का प्रसार और आचरण करूंगा जिसमें किसी प्रकार की दवा-दारू का स्थान नहीं होगा, और अपनी उपचार विधियों में और पथ्य में पांच भौतिक आहारौषण का ही उपयोग करूंगा, जो गांधीजी के अहिंसा सिद्धांत के अनुरूप होगा।

I shall preach and practice Basic Nature-Cure, Where in there shall be no place for drugs or specifics of any kind, shall utilise in my prescriptions and treatment only such things as come under the Five-Food medicine embodying therein the Gandhian principle of non violence.

दिनांक Date.....

संलग्न Encl.

.....  
हस्ताक्षर Signature

## व्यावहारिक चिकित्सकीय अनुभव प्रमाण पत्र Practical Experience Certificate

उपरोक्त आवेदक श्री/श्रीमती/कुमारी.....ने हमारी संस्था के चिकित्सकों की देखरेख में दिनांक.....से.....तक पूर्णकालिक प्रत्यक्ष कर्मभ्यास किया। इनके सहयोग से उपचारित 5 रोगियों की व्यवस्था पत्रक व इनके स्वयं के ज्ञान पर आधारित लघु शोध प्रबंध अनुमोदित कर संलग्न कर रहा हूँ। मैं इन्हे प्राकृतिक चिकित्सा का कार्य करने के योग्य पाता हूँ।

**This is to Certify that Sh./Smt./Ku. .... the applicant has successfully completed the practical training from.....to..... under the guidance of our physicians. A thesis work along with the management records of 5 patients treated by the applicant is also enclosed with necessary coments & recomendations I found him fit for promotion of Naturopathy.**

संस्था के प्रधान के हस्ताक्षर/मुहर व दिनांक सहित  
Signature of the Head of the Institute with date & Seal

### आवेदक द्वारा सत्यापन/घोषणा/ Verification/Declaration of the applicant

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी संपूर्ण जानकारी में तथा विश्वास के अनुसार सत्य पूर्ण तथा सही है। मैं जानता हूँ कि मेरे द्वारा दी गई कोई जानकारी झूठी या गलत पाई गई या प्रमाण पत्र प्राप्त होने के पहले या बाद में कोई अपात्रता पाई गई तो परिषद द्वारा संगत नियमों/अनुदेशों के अन्तर्गत मेरी पूरी परीक्षा व प्रमाण-पत्र निरस्त करने की कार्यवाही की जायेगी जिसका पूर्ण उत्तरदायित्व मेरा होगा।

**I here by solemnly and sincerely affirm that the statement made and information furnished by me in the application form is true & correct. I have not concealed any information. I know that if any information furnished here in is fraudulent, in correct or untrue even after the award of appropriate certificate, the parished will initiate appropriate action as per its rules to cancle my full examination and certificate for which I am fully liable. I agree to abide by the decision of the Parishad in this regard.**

आवेदक के हस्ताक्षर/Signature of the applicant

कार्यालय प्रयोग हेतु / आवेदन पत्र पूर्ण है।

आवेदक को साक्षात्कार हेतु दिनांक.....को स्थान.....पर आमंत्रित किया जाये।

सचिव (परीक्षा)

प्रमाण पत्र निर्गत किया जाये।

परीक्षक

सचिव (Secretary)

अखिल भारतीय प्राकृतिक चिकित्सा परिषद (Akhil Bhartiya Prakritik Chikitsa Parishad)

15, राजघाट कालोनी, नई दिल्ली-110002 / 15, Rajghat Colony, New Delhi - 110002

महोदय /Sir

आवेदक ने डी.एन.वाई.एस. पाठ्यक्रम उत्तीर्ण करने के उपरान्त अनिवार्य 6 माह का व्यावहारिक ज्ञान परिषद द्वारा स्वीकृत केन्द्र से पूरा कर लिया है। मेरी प्राकृतिक चिकित्सा में ही पूर्ण आस्था एवं निष्ठा है। हमने प्रमाण शुल्क सौ रुपये नगद/ड्राफ्ट से जमा कर दिया है। हमें उचित प्रमाण पत्र दिलाने की कृपा करें। हमारा पूर्ण विवरण निम्नवत है। The Applicant has successfully completed Six months compulsory internship from the approved center of the Parishad after completing DNYS IIIrd year Examination. I have full faith and confidence in Naturopathy. I have also deposited repees on hundred by by cash/draft. Please issue me the appropriat certificate. My full detail is as under :

नोट : फार्म स्पष्ट हिन्दी व अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में भरें / Fill this form in capital letters only.

पूरा नाम (हिन्दी में)

Full Name (In English)

पिता का नाम (हिन्दी में)

Father's Name (In English)

स्थायी पूर्ण पता (पिन कोड व फोन नम्बर सहित)/Permanent Complete Address with Phone No. & Pin Code:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

मो. /Mob: \_\_\_\_\_

जन्मतिथि /Date of Birth \_\_\_\_\_

नागरिकता /Nationality \_\_\_\_\_

शैक्षिक योग्यता प्रमाणित प्रतिलिपि सहित /Educational Qualification with along its certified copies :

उत्तीर्ण परीक्षा Exam. Passed	परीक्षा संचालक संस्था Examining Body	परीक्षा का वर्ष Exam. Year	पूर्णांक व प्राप्तांक Marks	विषय Subjects
अन्य शैक्षिक योग्यता Other Qualification				
डी.एन.वाई.एस.-I D.N.Y.S. - I				
डी.एन.वाई.एस.-II D.N.Y.S. - II				
डी.एन.वाई.एस.-III D.N.Y.S. - III				

## AFFILIATION APPLICATION / सम्बद्धता आवेदन-पत्र



General Secretary / महासचिव  
Akhil Bhartya Prakritik Chikitsa Parisad  
अखिल भारतीय प्राकृतिक चिकित्सा परिषद्  
15, Rajghat Colony, New Delhi-110002  
15. राजघाट कॉलोनी, नई दिल्ली - 110002

महोदय / Sir

Organization has resolved to affiliate itself with the ABPCP to fulfill the aims and objects of the Parisad as per its rules and regulations. The details of the organization is as under-

हमारी संस्था ने अखिल भारतीय प्राकृतिक चिकित्सा परिषद् के लक्ष्य एवं उद्देश्यों की पूर्ति में सहयोगी बनने के लिए परिषद् के नियमों के अर्न्तगत सम्बद्धता प्राप्त करने का निर्णय लिया है। संस्था का विवरण निम्नवत् है -

1. Registered Name of the Organization with complete address : .....  
(संस्था का पंजीकृत नाम व पूर्ण पता)

2. Details of Registration Number etc of the organization : .....  
(संस्था की पंजीकरण संख्या आदि का विवरण)

3. Name address with phone, Number, Email etc of the Chief executive of the organization: .....  
(संस्था के उत्तरदाई पदाधिकारी का नाम, पता फोन, ईमेल आदि)

4. Details of the activities of the organization in the field of Naturopathy till Today (Enclose separately) : .....  
(प्राकृतिक चिकित्सा के क्षेत्र में संस्था द्वारा आज तक किये गये कार्यों का विवरण (पूर्ण विवरण अलग से संलग्न करें)

5. Details of mislenious activities of the organization (Enclose Separately) : .....  
(संस्था की अन्य गतिविधियों का विवरण (अलग से संलग्न करें)

6. Details of infrastructure & facilities available with the organization ( Enclose separately) : .....  
(संस्था में उपलब्ध सुविधायें व संसाधन का विवरण (अलग से संलग्न करें)

7. Details of contact person along with the modes & medium to reach the organization : .....  
(संस्था तक पहुँचने का तरीका, माध्यम व सम्पर्क सूत्र का विवरण)

Constitution of the organization, list of the office bearers, Photocopy of the Registration Certificate, Details of activities, Infrastructure, Facilities, DD of Rs.5000/- ( DD in favor of Parisad) against inspection charges etc are attaché for affiliation process. Any other required information & necessary affiliation fee will be made available on demand.

Therefore it is requested you to kindly complete the process of affiliation.

सम्बद्धता कार्यवाही हेतु संस्था के संविधान, पदाधिकारियों की सूची, पंजीकरण प्रमाण-पत्र की फोटो प्रतिलिपि, गतिविधियों, सुविधाओं व साधनों आदि की जानकारी, निरीक्षण शुल्क रु. 5000 का परिषद् के पक्ष में देय ड्राफ्ट सहित आपके विचारार्थ संलग्न है। आवश्यक अन्य जानकारी व देय सम्बद्धता शुल्क मांग पर तुरन्त उपलब्ध करा दिया जायेगा।

अस्तु अनुरोध है कि नियमानुसार सम्बद्धता की कार्यवाही पूर्ण कराने की कृपा करें।

Date / दिनांक : .....

Signature of the Secretary with seal  
सचिव/अध्यक्ष के हस्ताक्षर एवं मुहर