



राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़

कार्यालय पता - शासकीय आयुर्वेद महाविद्यालय, चिकित्सालय भवन, रायपुर (छ.ग.) 492010
फोन नं 0771-2263165 वेबसाईट-www.schcg.in ई-मेल registrar@schcg.in

क्रमांक/रा.हो.प./2025/1168

रायपुर, दिनांक - 05/07/25

—:: पंजीयन पुनरीक्षण हेतु सूचना ::—

राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़ में दिनांक 01 जनवरी 2020 से 30 जून 2020 तक पंजीकृत समस्त होमियोपैथिक चिकित्सा व्यवसायियों को सूचित किया जाता है कि राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग अधिनियम 2020 की धारा 32(5), छत्तीसगढ़ होमियोपैथी अधिनियम 2001 की धारा 21(2) तथा परिषद् की संपन्न बैठक दिनांक 11/10/2023 में पारित निर्णय अनुसार चिकित्सकों को पंजीयन प्रमाण पत्र का पुनरीक्षण कराया जाना अनिवार्य है।

अतएव उक्त अवधि में पंजीकृत होम्योपैथिक चिकित्सा व्यवसायियों को सूचित किया जाता है कि पुनरीक्षण हेतु आवेदन पत्र आवश्यक दस्तावेजों व शुल्क (डिमांड ड्रॉफ्ट/नगद) के साथ कार्यालय के पते पर स्पीड पोस्ट अथवा व्यक्तिगत रूप से प्रस्तुत करें। आवेदन पत्र प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि 14 अगस्त 2025 तक नियत है, अंतिम तिथि के पश्चात् अधिकतम छः माह (प्रतिमाह 500/- रुपये) तक विलंब शुल्क के साथ आवेदन पत्र स्वीकार किए जाएंगे। उपरोक्त अवधि में आवेदन पत्र प्रस्तुत नहीं करने वाले चिकित्सा व्यवसायियों का पंजीयन स्वमेव निलंबित हो जावेगा जिसके लिए वे स्वयं जवाबदेह होंगे। पुनरीक्षण प्रक्रिया हेतु आवेदन पत्र, आवश्यक दस्तावेज एवं शुल्क संबंधी जानकारी परिषद् की वेबसाईट www.schcg.in में उपलब्ध है।

(डॉ. संजय शुक्ला)

रजिस्ट्रार

राज्य होमियोपैथी परिषद्, छत्तीसगढ़
रायपुर



राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़

कार्यालय - शासकीय आयुर्वेद महाविद्यालय, चिकित्सालय भवन, रायपुर (छ.ग.) 492010
फोन नं 0771-2263165 वेबसाइट-www.schcg.in ई-मेल registrar@schcg.in

पंजीयन प्रमाण पत्र पुनरीक्षण प्रक्रिया हेतु दस्तावेजों की सूची

आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें :-

01. स्थायी पंजीयन प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति।
02. आधार कार्ड की स्वप्रमाणित छायाप्रति।
03. 03 पासपोर्ट साईज फोटो।
04. वचन पत्र।
05. डिमांड ड्रॉफ्ट "रजिस्ट्रार राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़" के नाम से स्वीकार किए जाएंगे।

अथवा

नगद शुल्क की रसीद।

शुल्क विवरण :-

01. आवेदन पत्र प्रस्तुत करने की - 1500/- (एक हजार पाँच सौ रुपये)
अंतिम तिथि 30 अगस्त 2025 तक
02. अंतिम तिथि के पश्चात् प्रति माह विलंब शुल्क - 500/- (पाँच सौ रुपये)
(दिनांक 30 सितंबर 2025 तक)

(डॉ. संजय शुक्ला)

रजिस्ट्रार

राज्य होमियोपैथी परिषद्, छत्तीसगढ़
रायपुर



STATE COUNCIL OF HOMOEOPATHY
CHHATTISGARH, RAIPUR

APPLICATION FOR REVISION

To,

The Registrar
State Council of Homoeopathy Chhattisgarh
Raipur (C.G.)

Sir,

My name is entered in the state register of homoeopathy under the provision of Chhattisgarh Homoeopathy Council Act. 1976 with Registration No. _____, For continuing of my name in the said register. I am enclosing Xerox copy of certificate of registration along with two Pass port size photos.

01. Name/ Surname of Applicant

(In Hindi)

(In English)

Photograph

02. Name of Father

03. Place of Medical Practice

(If in government service
then place of posting)

04. Present Residence

Profession – Self employed
Address

Employed
Employer
Office
Address

05. Mob. No.

06. Aadhar Number

07. Email-ID

08. Date of Birth

(In English calendar)

Date ----- Month ----- Year -----

09. Additional Qualification acquired
Acquired on
University/ Board

Dated ----- Year -----

10. Registration No. and Date

11. Have you been punished by Court

In any criminal case or professional mis-conduct Yes/ No.

Case No. -----

Nature of Punishment -----

Name of Court -----

12. Fees for Certificate of Revision

In cash -----

Bank draft No. -----

Name of Bank -----

Rs. (Total) -----

Certified that the information furnished above is true to the best of my knowledge and records. The attested copies of testimonials are enclosed.

Date : _____

(Signature and Name of Applicant)



वचन पत्र

मैं _____ पुत्र/पुत्री

निवासी _____

आयु _____

शपथ पूर्वक निम्नलिखित घोषणा-पत्र रजिस्ट्रार, राज्य होमियोपैथी परिषद्, छत्तीसगढ़ रायपुर को प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ :-

01. यह कि छत्तीसगढ़ होमियोपैथी परिषद् अधिनियम 176 के उपबंधों के अधीन राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़, रायपुर में मेरा नाम प्रविष्ट किया गया है तथा मुझे रजिस्ट्रीकरण क्रमांक _____ जारी किया गया है। मेरा नाम उक्त रजिस्टर में चालू रखने/नाम प्रत्यावर्तन हेतु मैं मूल रजिस्ट्रीकरण प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि/ पुनरीक्षण आवेदन पत्र तथा दो पासपोर्ट साईज फोटो संलग्न कर रहा/रही हूँ।
02. यह कि राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़ द्वारा मुझे होम्योपैथी चिकित्सा पद्धति से चिकित्सा व्यवसाय करने हेतु बिन्दु 01 में उल्लेखित अनुसार पंजीयन प्रमाण पत्र जारी किया गया है।
03. यह कि राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़, रायपुर में रजिस्टर में मेरा नाम चालू रखने/नाम प्रत्यावर्तन हेतु प्रस्तुत इस आवेदन पत्र दिनांक तक मेरे चिकित्सा व्यवसाय के संबंध में किसी भी न्यायालय, थाना, जॉच एजेंसी आदि में कोई भी प्रकरण विचाराधीन/लंबित नहीं है।
04. यह कि मुझे किसी भी न्यायालय द्वारा मुझे, मेरे द्वारा किए गए/किए जा रहे होम्योपैथी चिकित्सा अथवा अन्य किसी भी प्रकरण के संबंध में दण्ड प्रक्रिया संहिता अथवा अन्य विधि में उल्लेखित प्रावधानों के अंतर्गत दोष सिद्ध नहीं ठहराया गया है।
05. यह कि मेरे द्वारा यह घोषणा पत्र राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़, रायपुर में मेरा नाम उक्त रजिस्टर में चालू रखने/नाम प्रत्यावर्तन हेतु प्रस्तुत किया जा रहा है।

आवेदक

सत्यापन

यह कि मैं _____ शपथ पूर्वक कथन करता हूँ कि घोषणा पत्र की कण्डिका 01 से 05 में वर्णित तथ्य मेरे निजी ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य एवं सही है।

आवेदक