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 / 1248 रायपुर, दिनांक – 21/08/25

–:: पंजीयन पुनरीक्षण हेतु सूचना ::–

राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़ में **दिनांक 01 जुलाई 2020 से 31 अगस्त 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 बिना विलंब शुल्क के 30 सितंबर 2025 तथा विलंब शुल्क के साथ अंतिम तिथि 31 अक्टूबर 2025 तक नियत है।** 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 वेबसाईट–www.schcg.in **ई-मेल** registrar@schcg.in

पंजीयन प्रमाण पत्र पुनरीक्षण प्रकिया हेतु दस्तावेजों की सूची

<u>आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें :–</u>

06. स्थायी पंजीयन प्रमाण पत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति।
07. आधार कार्ड की स्वप्रमाणित छायाप्रति।
08. 03 पासपोर्ट साईज फोटो।
09. शपथ पत्र।
10. डिमांड ड्रॉफ्ट **"रजिस्ट्रार राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़"** के नाम से स्वीकार किए जाएंगे।

अथवा

नगद शुल्क की रसीद।

<u>शुल्क विवरण :–</u>

03.आवेदन पत्र प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि 30 सितंबर 2025 तक – 1500/– (एक हजार पॉच सौ रूपये)

04.अंतिम तिथि विलंब शुल्क के साथ (दिनांक 31 अक्टूबर 2025 तक) – 500/– (पॉच सौ रूपये)

(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 certificate of registration along with two Pass port size photos.

Photograph

01. Name/ Surname of Applicant
    (In Hindi) --
    (In English) --

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 Date ----------- Month ---------- Year -------------
    (In English calendar)

09. Additional Qualification acquired --
Acquired on Dated ------------- Year --------------------
University/ Board --

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)

(छत्तीसगढ़ होमियोपैथी परिषद् अधिनियम 1976 की धारा 22 के अधीन राज्य रजिस्टर के पुनरीक्षण हेतु आवेदन फार्म के साथ प्रस्तुत किया जाए)

वचन पत्र

मैं -- पुत्र/पुत्री ------------------------------------ निवासी ------------------------------------ -- आयु ------------ शपथ पूर्वक निम्नलिखित घोषणा–पत्र रजिस्ट्रार, राज्य होमियोपैथी परिषद्, छत्तीसगढ़ रायपुर को प्रस्तुंत कर रहा/रही हूँ :–

01. यह कि छत्तीसगढ़ होमियोपैथी परिषद् अधिनियम 176 के उपबंधो 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 सहीं है।

आवेदक