राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़

कार्यालय -शासकीय आयुर्वेद फार्मेसी भवन, प्रथम तल, जी.ई. रोड़, रायपुर (छ.ग.) 492010

फोन नं 0771-2263165 वेबसाईट–www.schcg.in ई-मेल registrar@schcg.in

क्रमांक / रा.हो.प. / 2026 / 165 रायपुर, दिनांक – 23/05/26

:: सूचना ::

राज्य होमियोपैथी परिषद्, छत्तीसगढ़, रायपुर में पंजीकृत समस्त होमियोपैथी चिकित्सा व्यवसायियों को सूचित किया जाता है कि छत्तीसगढ़ होम्योपैथी परिषद् अधिनियम, 1976 (अनुकूलन आदेश 2001) की धारा 21 (2) एवं राष्ट्रीय होमियोपैथी आयोग अधिनियम, 2020 की धारा 32 (5) प्रावधानों के तहत् प्रत्येक 5 वर्षो में अपने पंजीयन का पुनरीक्षण सह नवीनीकरण कराया जाना अनिवार्य है।

2/– उक्तानुसार परिषद् में पंजीकृत होमियोपैथी चिकित्सकों को सूचित किया जाता है कि वे अपने पंजीयन प्रमाण पत्र में अंकित रजिस्ट्रीकरण दिनांक का गंभीरता पूर्वक अवलोकन करें। ऐसे चिकित्सक जिनके पंजीकरण की अवधि 5 वर्ष पूर्ण होने की ओर है उन्हें पूर्णतः अवधि के दो माह पूर्व पंजीयन पुनरीक्षण सह नवीनीकरण हेतु आवेदन पत्र प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा। इस हेतु उन्हें भविष्य में पृथक से कोई सूचना नहीं दी जावेगी। आवेदकों को यह भी सूचित किया जाता है कि पंजीयन पुनरीक्षण हेतु प्रथम माह बिना विलम्ब शुल्क राशि रूपये 1500/– तथा द्वितीय माह विलम्ब शुल्क के साथ राशि रूपये 2000/– नियत है। आवेदक अपना आवेदन पत्र, दस्तावेजों तथा शुल्क डिमांड ड्रॉफ्ट के साथ परिषद् के उपर लिखित कार्यालय में स्पीड पोस्ट/रजिस्टर्ड डाक द्वारा अथवा कार्यालय में व्यक्तिगत रूप में जमा कर सकते हैं।

समस्त चिकित्सक यह भी अवगत होवें कि रजिस्ट्रीकरण तिथि से पांच वर्ष पूर्ण होने की अंतिम तिथि तक आवेदन पत्र प्रस्तुत नहीं करने वाले चिकित्सा व्यवसायियों का नाम **राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग अधिनियम 2020 की धारा 32(5) एवं छत्तीसगढ़ होम्योपैथी परिषद् अधिनियम, 1976 (अनुकूलन आदेश 2001) की धारा 21(2) तथा राष्ट्रीय होमियापैथी आयोग (होमियोपैथी चिकित्सकों का राष्ट्रीय पंजिका तैयार करने हेतु प्रविधि एवं रखरखाव) विनियम 2022 की धारा 9 के उपधारा (2)** के तहत् राज्य रजिस्टर से पृथक करते हुए पंजीयन निलंबन की कार्यवाही परिषद् द्वारा की जा सकेगी जिसके लिए वे स्वयं जवाबदेह होंगे। जिन चिकित्सा व्यवसायियों का पंजीयन निलंबित होगा वे शासकीय, संविदा एवं निजी चिकित्सा व्यवसाय हेतु अपात्र होंगे। पंजीयन पुनरीक्षण सह नवीनीकरण हेतु आवेदन पत्र, आवश्यक दस्तावेज तथा शुल्क की जानकारी संलग्न है।

कृपया उपरोक्तानुसार सूचना को प्राथमिकता प्रदान करने का कष्ट करेंगे।

(डॉ. संजय शुक्ला)

रजिस्ट्रार

राज्य होमियोपैथी परिषद्,छत्तीसगढ़

रायपुर (छ.ग.)

***

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 प्रकिया 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

राज्य होमियोपैथी परिषद् छत्तीसगढ़

कार्यालय -शासकीय आयुर्वेद फार्मेसी भवन, प्रथम तल, जी.ई रोड, रायपुर (छ.ग.) 492010
फोन नं 0771-2263165 **वेबसाईट**–www.schcg.in **ई-मेल** registrar@schcg.in

पंजीयन प्रमाण पत्र पुनरीक्षण प्रक्रिया हेतु दस्तावेजों की सूची

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

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"** अथवा Registrar, Rajya Homoeopathy Parishad Chhattisgarh के नाम से स्वीकार किए जाएंगे।

अथवा

नगद शुल्क की रसीद।

<u>नवीनीकरण शुल्क :–</u>

01. बिना विलंब शुल्क – 1500/– (एक हजार पॉच सौ रूपये)
02. विलंब शुल्क के साथ – 2000/– (दो हजार रूपये)

(डॉ. संजय शुक्ला)
रजिस्ट्रार
राज्य होमियोपैथी परिषद्,छत्तीसगढ़
रायपुर

***