



चिकित्सा सदस्यता का आवेदन पत्र
Application for ASSOCIATE MEMBER

गाँधी स्मारक प्राकृतिक चिकित्सा समिति
GANDHI SMARAK PRAKRITIK CHIKITSA SAMITI
15, Rajghat Colony, Ring Road, New Delhi-110002 Mob.: 9310979263

- नाम (पूरा एवं स्पष्ट अक्षरों में) _____
Name (In full, in Block Letters) _____
- पिता/पति का नाम _____
Father's/Husband' Name _____
- उम्र/Age _____
- जन्मतिथि/Date of Birth _____
- पता/Address
कार्यालय/Office _____
निवास/Resident _____
- फोन/Telephone
कार्यालय/Office _____
ईमेल/Email : _____
निवास/Resident _____
- चिकित्सक सदस्यता शुल्क रुपये 3100.00
Membership Fee Rs. 3100.00 only
- जिन परिस्थितियों में प्राकृतिक चिकित्सा की तरफ आकर्षित हुए उनका विवरण अलग पेपर पर दें।
The circumstances that influenced to accept this way of life may be stated in a separate sheet.
- प्राकृतिक चिकित्सा में आवेदक की शिक्षा, प्रशिक्षण एवं अनुभव का पूर्ण विवरण जिसमें सदस्यता दी जा सके।
Study, training and experience in Nature Cure to qualify applicant to get enrolled as an 'Associate Member'.
- चिकित्सक कार्य कब से / Practicing Natural way of life since _____
- 5 रोगियों का विवरण अलग कागज पर / 5 sample cases treated by applicant (on seprate sheet)
- आवेदक द्वारा लिखी गई किताबें या लेख (नमूने की प्रति भेजें)
Books and / or articles written (a few specimens may be sent)
- एन०डी०डी०वाई० प्रमाण-पत्र की फोटो प्रति / N.D.D.Y. Certificate (Photo Copy)
- 2 फोटो (पासपोर्ट साईज) / Two Photos (passport size)
- पत्रिका की आजीवन सदस्यता 1500.00 रुपये मात्र।
Magzine Life Membership Rs. 1500.00 only.

DECLARATION

मैं प्राकृतिक चिकित्सा का प्रसार और आचरण करूँगा जिसमें किसी प्रकार की औषधि का स्थान नहीं होगा और अपनी उपचार विधियों में पंच महाभूतों (आकाश, वायु, अग्नि, जल, पृथ्वी) प्राणायाम, योग तथा पथ्य का ही उपयोग करूँगा, जो गाँधी जी के अहिंसा सिद्धान्त के अनुरूप होगा।

I shall preach and practice Basic Nature Cure, wherein there shall be no place for drugs or specifics of any kind and shall utilise prescriptions and treatment only such things as come under the Five Elements as (Ether, Air, Sun, Water & Earth) Yog, Pranayam & Diet embodying therein the Gandhian principle of non-violence.

Date : _____

Encl.: _____

Signature of Applicant

उपचार
रोगी इतिहास पत्रक
Patient Case Sheet

1. रोगी का नामलिंग.....उम्र.....
(Name of the patient) (Sex) (Age)
2. रोगी का पूरा पता
(Add.).....
फोन नम्बर ईमेल :.....
Phone:..... Email :.....
3. वर्तमान रोग
(Present diseases)
(कब से) Since
4. पूर्व रोगों का इतिहास
(Previous history of diseases)
.....
.....
5. रोगी की शारीरिक स्थिति :- (1) भार (Weight)किग्रा. (K.gm.)
(Physical condition of patient) (2) ऊँचाई (Hight) सेंटीमीटर (c.m.)
(3) रक्तचाप B.P.m.m./Hg.
(4) नाड़ी गति (Pulse).....प्रतिमिनट (Per minute)
(5) श्वास गति (Respiratory rate)प्रतिमिनट (Per minute)
6. पेट तथा जीभ की स्थिति (Condition of Abdoman & Toung)
7. रोगों के अन्य लक्षण (Other symptoms of Diseases)
6. उपचार :- जल चिकित्सा, मिट्टी चिकित्सा, वायु चिकित्सा, सूर्य किरण चिकित्सा, मालिश, योगासन, षट क्रियाएँ आदि जो भी उपचार दिया गया है उसका विवरण (Hydro therapy, Mud therapy, Air therapy, Chromo theray, Massage, Yogasan, Shat-kirya etc treatment)
.....
7. पथ्य :- उपवास, रसाहार, फलाहार तथा आहार आदि जो भी प्रयोग किया हो उसका पूर्ण विवरण
Diet :- Fast, Juice therapy, Fruit and Meal etc. used in treatment with full detail
.....
.....
8. चिकित्सा अवधिप्रवेशित/अप्रवेशित
Treatment time Indoor/Outdoor
- (8) परिणाम :-.....
(Result)

चिकित्सक के हस्ताक्षर
(Doctor's Signature)

नोट :- उपरोक्त आधार पर 5 रोगियों को आपने जो उपचार दिया है उसका अलग कागज पर पूर्ण विवरण दें।

Note :- Send the 5 case history which you treated according to the above performance on separate paper.