

गाँधी स्मारक प्राकृतिक चिकित्सा समिति

राजघाट कॉलोनी, नई दिल्ली -110002

शिक्षण केंद्र की स्वीकृति हेतु नियमावली

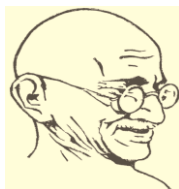
गाँधी स्मारक प्राकृतिक चिकित्सा समिति के अंतर्गत सहायक चिकित्सा तथा प्राकृतिक चिकित्सा एवं योग में डिप्लोमा के अध्ययन एवं परीक्षा हेतु जो संस्थाएँ अपने की संबंध करना चाहती हैं उसके लिए निम्न शर्तों को पूरा करना होगा

1. संस्था का पूरा विवरण

- क) संस्था रेजिस्ट्रेंड हैं या नहीं यदि हैं तो कब से
- ख) रजिस्ट्रेशन प्रमाण पत्र
- ग) संविधान की प्रति
- घ) पदाधिकारियों के नाम व पता , मोबाइल नंबर , ईमेल सहित
- 2) संस्था में कार्यरत चिकित्सा क नाम व पता, मोबाइल नंबर, ईमेल
- 3) चिकित्सक क चिकित्सा कार्य अनुभव (वर्ष)
- 4) चिकित्सक क अध्यापन अनुभव (वर्ष)
- 5) चिकित्सा केंद्र में उपलब्ध चिकित्सा साधनों की सूची
- 6) चिकित्सा केंद्र में प्रवेशित शय्याओं की संख्या
- 7) चिकित्सा केंद्र में कार्यरत कर्मचारियों की संख्या
- 8) केंद्र पर पुरुष/महिला कक्षों की व्यवस्था
- 9) शिक्षण केंद्र प्रारम्भ करने वाली संस्था को आवेदन के साथ 2000.00 रुपये तथा स्वीकृत प्राप्त होने पर संबंधित शुल्क 5000.00 मासिक पत्रिका का आजीवन शुल्क 2000.00 रुपये देय होगा
- 10) कम से कम 10 परीक्षार्थी होने पर ही शिक्षण केंद्र की मान्यता दी जाएगी
- 11) समिति द्वारा मान्य प्रतिनिधि द्वारा किसी भी समय केंद्र का निरीक्षण किया जा सकता है
- 12) किसी भी प्रकार की अनियमितता पाये जाने पर केंद्र की मान्यता समाप्त करने का अधिकार समिति को होगा
- 13) कम से कम 5 वर्ष या अधिक समय से चिकित्सा कार्य करने वाली संस्था को ही मान्यता दी जाएगी
- 14) प्रशिक्षकों का पूर्ण विवरण (नाम, योग्यता, अनुभव)

शिक्षण केंद्र प्रारम्भ करने पर केंद्र को मिलने वाली सुविधाएँ

1. परीक्षा शुल्क में 25 प्रतिशत
2. मासिक पत्रिका के वार्षिक शुल्क में 20 प्रतिशत
3. परीक्षार्थियों हेतु कक्षाएँ तथा प्रायोगिक कार्य के लिए लिया जाने वाला शुल्क संस्था का होगा | जिसकी जानकारी समिति को देनी होगी |
4. परीक्षाएँ तथा पाठ्यक्रम सम्बन्धी विस्तृत जानकारी, नियमावली से ली जा सकती है |



GANDHI SMARAK PRAKRITIK CHIKITSA SAMITI

RAJGHAT COLONY, NEW DELHI-110002

RULES OF ACCEPTANCE FOR STUDY CENTRE

We invites application for affiliation/registration for study center under GANDHI SMARAK PRAKRITIK CHIKITSA SAMITI for Studies of Sahayak Chikitsak and N.D.D.Y Course after completion of following terms.

1) Full Particulars of Organization:

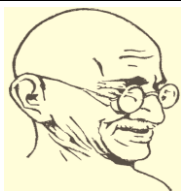
- a) Whether Nature cure Center is registered or not, if yes writes date.
 - b) Registration Certificate No.
 - c) Copy of Constitution
 - d) Name & Address of Member of Institution
- 2) Name and Address of working Doctor
 - 3) Experienced work and period of Doctor
 - 4) Teaching experience of Doctor
 - 5) List of equipment used in Nature Cure Center
 - 6) Number of admitted beds in Nature Cure center
 - 7) Number of employers
 - 8) Study beds arrangement in Nature Cure Center for Male/Female.
 - 9) This compulsory to start study center to deposit of RS. 2000.00 with application must deposit. After getting permission Affiliation fee RS. 5000.00 And RS. 2000.00 For Life Membership Fee of Monthly Magazine.
 - 10) This right will reserve by Samiti official of cancellation of validity of center in- case of indiscipline of study.
 - 11) The Training Center would be recognized only if it has at least 10 trainees.
 - 12) The center may be inspected by the Samiti's authorized representative at any time.
 - 13) Only those organization would be given recognition who have been active for at least five year.

Signature of Head of Institution & Sealed

.....

Amenities of open the Study Centre:

1. 25% for Study Center in Examination Fee.
2. 20 for Study Center in Subscription of Monthly Magazine.
3. Tuition and Practical Fee for students will be fixed by Study Centre & intimate the Samiti office.
4. All information of Study and course are available in prospectus.



गाँधी स्मारक प्राकृतिक चिकित्सा समिति

राजघाट कॉलोनी, नई दिल्ली -110002

आवेदन पत्र

सेवा में

मंत्री

गाँधी स्मारक प्राकृतिक चिकित्सा समिति

राजघाट कॉलोनी, नई दिल्ली-110002

निवेदन है कि हम अपनी संस्था/ चिकित्सालय को समिति से शिक्षण-प्रशिक्षण हेतु सम्बन्धित कराना चाहते हैं जिसके लिए 2000.00 रुपये मात्र ड्राफ्ट/मनीऑर्डर द्वारा अपनी सेवा में प्रेषित कर रहे हैं आपकी स्वीकृति मिलने पर संबंधिता शुल्क 5000.00 जमा करा दी जाएगी।

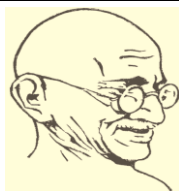
संस्था का पूर्ण विवरण निम्न प्रकार हैं (विवरण पृथक कागज पर दिया जाए)

- 1) संस्था का नाम व पूरा पता.....
- 2) संस्था का टेलीफोन नंबर मोबाइल नंबर.....
- 3) संस्था का रजिस्ट्रेशननंबर.....
- 4) संस्था के अध्यक्ष /मंत्री का नाम----- (मोबाइल नंबर, ईमेल,व्हाट्सप नंबर सहित)
.....(जिसके साथ पत्र व्यवहार होगा)
- 5) संस्था कि गतिविधियों का पूर्ण विवरण.....
.....
.....
- 6) संस्था के कार्यरत चिकित्सक का पूर्ण विवरण प्रमाण पत्रों के साथ (शैक्षणिक योग्यता, चिकित्सा कार्य का अनुभव आदि)
- 7) संस्था के पदाधिकारियों कि सूचि, नाम व पते टेलीफोन नंबर सहित
- 8) संस्था प्राकृतिक चिकित्सा का कार्य कब से कर रही हैं
- 9) संस्था प्राकृतिक चिकित्सा कि किन किन उपचार पद्धतियों का प्रयोग करती है
- 10) संस्था में प्रवेशित रोगियों कि व्यवस्था हो तो कितने बैड है
- 11) संस्था में प्रशिक्षिकों के (नाम, योग्यता, अनुभव)
- 12) संस्था में कार्यरत कार्यकर्ताओं के नाम शैक्षणिक योग्यता सहित
- 13) संस्था के सम्बन्ध में विशेष जानकारी यदि कुछ हो

हस्ताक्षर एवं सील आवेदन कर्ता के

संलग्न:

- १) संस्था के रजिस्ट्रेशन कि प्रमाणित प्रतिलिप
- २) संस्था के पदाधिकारियों कि सूचि
- ३) संस्था का विधान एवं नियमावली
- ४) संस्था में चिकित्सा हेतु प्रयोग कि जाने वाली साधनों का विवरण



GANDHI SMARAK PRAKRITIK CHIKITSA SAMITI

RAJGHAT COLONY, NEW DELHI-110002

APPLICATION FORM

Secretary,

Gandhi Smarak Prakritik Chikitsa Samiti

Rajghat Colony, New Delhi-110002

Sir,

We wish to obtain affiliation of our institution for teaching with your body. We send herewith the RS. 2000.00 Only by Draft/M.O. After getting your permission. We shall deposit affiliation fee RS. 5000.00. The detail of the institution are as follows: (use separate paper for it)

- 1) Name and Address for the Institution:
- 2) Contact Tel NO..... E mail
- 3) Society Registration Number
- 4) Name of Chairman/Secretary
- Contact No..... Email
- 5) Activities of the Institution
- 6) Name of Doctor, IN charge with educational qualification, experience certificate
- 7) Name and Address of the Office bearers with Tel. No
- 8) Naturopathic activity for hoe long so far
- 9) If there is indoor facilities
- 10) Given the detail of working staff
- 11) Name the system of treatment used in Institution
- 12) Name of teacher's qualification, experience etc.
- 13) Any other information about the Institution

Date:

SIGNATURE & SEAL

(Applicant)

Encl.:

1. Copy (Photostat) of the registration
Number of the Institution
2. List of office bearers of the Institution
3. Constitutional copy of Institution
4. List of the equipment used in treatment Institution