

“जय प्राचीन आयुर्वेद”

“जय धन्वंतरि”



# भारतीय वैकल्पिक चिकित्सा एवं प्राथमिक चिकित्सा व इलेक्ट्रो होम्योपैथिक बोर्ड

Indian Alternative Medicine And  
First Aid And Electro Homeopathic Board  
भारत का स्वायत्त प्रशासित वैकल्पिक चिकित्सको का संरक्षण बोर्ड  
Protection Board Of Autonomous Administered Alternative Physicians Of India

आवेदन फार्म क्र.  
Application Form No.

.....

पंजीकरण आवेदन फॉर्म  
Application For Registration

एक फोटो चिपकाए  
और दो फोटो संलग्न करें।  
Paste One Photo  
And Attach Two Photos.

केवल कार्यालय उपयोग हेतु / ONLY FOR OFFICE USE

NAME .....

REGISTRATION NO. ....

REGISTRATION VALID FROM .....TO.....

OTHER DESCRIPTION .....

.....

.....



# भारतीय वैकल्पिक चिकित्सा एवं प्राथमिक चिकित्सा व इलेक्ट्रो होम्योपैथिक बोर्ड Indian Alternative Medicine And First Aid And Electro Homeopathic Board

भारत का स्वायत्त प्रशासित वैकल्पिक चिकित्सको का संरक्षण बोर्ड  
Protection Board Of Autonomous Administered Alternative Physicians Of India

Office :- (1)1418 D/1, S/F, Gali No. 14, Govindpuri, New Delhi 110019 (2) 516, C Sector, Sarvdharma Colony, Kolar Road Bhopal 462042 ,  
(3)D.150/8 Nirmal Khajuri Klan Avadhपुरी Bhopal Madhya Pradesh (4)129 A, Indore A.B. Road Second Floor Koloni Bag Dewas M.P. 455001

Email ID :- [indiavcpcehb.org@gmail.com](mailto:indiavcpcehb.org@gmail.com) M - 086-4300-7977

## पंजीकरण आवेदन फॉर्म Application For Registration

एक फोटो चिपकाए  
और दो फोटो संलग्न करें।  
Paste One Photo  
And Attach Two Photos.

सेवा में , / To ,

अध्यक्ष (प्रशासक) / महासचिव / नामांकन पंजीयक महोदय  
भारतीय वैकल्पिक चिकित्सा एवं प्राथमिक चिकित्सा व इलेक्ट्रो होम्योपैथिक बोर्ड भोपाल  
President (Administrator) / General Secretary / Enrollment Registrar Sir  
Indian Alternative Medicine And First Aid And Electro Homeopathic Board

महोदय,

मैं बोर्ड के उद्देश्य एवं नियमों / विनियम से पूर्णता सहमत हूँ। बोर्ड / संगठन द्वारा वैकल्पिक चिकित्सा व प्राथमिक चिकित्सा व इलेक्ट्रो होम्योपैथिक चिकित्सा पद्धति और आयुर्वेद को राष्ट्रीय चिकित्सा पद्धति घोषित कराने व चिकित्सकों के सर्वांगीण विकास एवं उनके अधिकारों को वापस लाने हेतु चलाए जा रहे अभियानों में भागीदार बनने की प्रतिज्ञा करता हुआ तन, मन, धन से सदैव सहायता व संरक्षण करता रहूंगा / करती रहूंगी। अच्छा स्वास्थ्य हर भारतीय का मौलिक अधिकार है। स्वास्थ्य सभी के लिए एक राष्ट्रीय लक्ष्य और प्राथमिकता है। सामुदायिक कार्यकर्ता योजना के तहत परिवार कल्याण सहित सरल निवारक और उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य कार्यकर्ता बन कर बोर्ड के अधीन रहकर स्वास्थ्य सभी के लिए भारत सरकार की योजना को सफल बनाने में हर कदम पर आगे बढ़ चढ़कर हिस्सा लेकर कर मानव सेवा करूंगा / करूंगी। इस हेतु मुझे कृपया साधारण सदस्य / आजीवन सदस्य / संरक्षण सदस्य बनायें व नामांकन पंजीकरण रजिस्टर में पंजीत करने की कृपा करें।

Sir,

I Fully Agree With The Object And Rules/regulation Of The Board. Pledge To Be A Participant In The Campaigns Being Run By The Board/organization To Declare Alternative Medicine And First Aid And Electro Homeopathic System Of Medicine And Ayurveda As A National System Of Medicine And To Bring Back Their Rights And All Round Development Of Doctors. I Will Always Help And Protect You / Will Continue To Do So.

Good Health Is A Fundamental Right Of Every Indian. Health For All Is A National Goal And Priority. To Provide Simple Preventive And Curative Health Services Including Family Welfare Under The Community Worker Scheme, By Becoming A Health Worker And Being Under The Board, I Will Take Part In Every Step Forward And Take Part In Making The Health For All Scheme Of The Government Of India A Success. / I Will For This, Please Make Me An Ordinary Member / Lifetime Member / Protection Member And Please Register In The Enrollment Registration Register.

मैं

साधारण सदस्यता शुल्क वार्षिक ( 1050 ) आजीवन सदस्यता शुल्क ( 4050 ) संरक्षक सदस्यता शुल्क ( 5151 )

नामांकन पंजीकरण सदस्यता शुल्क दो वार्षिक ( 6000 ) पंचवर्षीय ( 12000 ) दस वार्षिक ( 21000 )

दिनांक ..... को नगद / बैंक ट्रांसफर .....

डिमांड ड्राफ्ट ..... कर दिया है। पया प्रमाण पत्र , परिचय पत्र भेजने की कृपा करें।

(कृपया ध्यान दें जिन्होंने पंचवर्षीय व दस वर्षीय नामांकन पंजीकरण सदस्यता शुल्क जमा किया हुआ है उन्हें आजीवन सदस्यता का प्रमाण पत्र अलग से निशुल्क दिया जाएगा। जिससे आप बोर्ड के चुनाव में जिला स्तर व प्रदेश स्तर में मुख्य पद के लिए उम्मीदवार बन पाओगे। )

I

Simple Membership Fee Annual ( 1050 ) Lifetime Membership Fee ( 4050 ) Patron Membership Fee ( 5151 )

Enrollment Registration Membership Fee Two Yearly ( 6000 ) Five Years ( 12000 ) Ten Yearly ( 21000 )

Date ..... Cash / Bank Transfer .....

Demand Draft..... on the date. Kindly send certificate, identity card.

(Please note that those who have deposited five-year and ten-year enrollment registration membership fee, they will be given a separate certificate of lifetime membership free of cost. With which you will be able to become a candidate for the main post in the district level and state level in the board elections.)

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature Of Applicant



**भारतीय वैकल्पिक चिकित्सा  
एवं  
प्राथमिक चिकित्सा व इलेक्ट्रो होम्योपैथिक बोर्ड  
Indian Alternative Medicine And  
First Aid And Electro Homeopathic Board  
भारत का स्वायत्त प्रशासित वैकल्पिक चिकित्सको का संरक्षण बोर्ड  
Protection Board Of Autonomous Administered Alternative Physicians Of India**

**आवेदक द्वारा आवेदन फार्म सुवाच्य शब्दों में भरना अनिवार्य है।  
It Is Mandatory For The Applicant To Fill The Application Form In Legible Words.**

महोदय

नीचे मैं अपने बारे में पूरी जानकारी सच्चाई के साथ दे रहा हूँ। कृपया मुझे मेरे दिए गए पते पर या मेरे संबंधित अधिकारी को मेरे भरे हुए आवेदन पत्र के अनुसार मुझे सूचीबद्ध कर प्रमाण पत्र, पहचान पत्र और संबंधित दस्तावेज देने की कृपा करें।

Sir

Below I am giving complete information about myself with truth. Please kindly give me the certificate, identity card and related documents by enlisting me as per my filled application form at my given address or to my concerned officer.

1. पूरा नाम  
Full Name .....
2. पिता का नाम  
Father,s name .....
3. माता का नाम  
Mother,s name .....
4. पति का नाम  
Husband,s name .....
5. जन्मतिथि अंको में / Date of Birth .....
6. आवेदक के पास पंजीकरण के लिए योग्यता  
Qualification for Registration possessed by the applicant .....
7. कार्यक्रम / पाठ्यक्रम संचालित निकाय  
Program / Course Conducted Body .....
8. वर्तमान पता / Present Address .....
- ..... पिन कोड / (Pin Code) .....
- वैकल्पिक, प्राथमिक, इलेक्ट्रो होम्योपैथिक चिकित्सा या ..... अभ्यास का पता  
Address Of Practice Auxiliary, Primary, Electro Homeopathic Medicine .....
- ..... मोबाइल / Mobile ..... ईमेल / E-mail.....
9. वैवाहिक स्तर / Marital Status :- विवाहित / Married अविवाहित / Unmarried .....
10. श्रेण ब / Category (B) अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / पिछड़ी जाति / S.C./S.T./Backward. ....
11. अभिलेख : (प्रमाण पत्र की फोटो प्रति संलग्न करें) / Records : (Attach Certificates Photo Copy)

Exam Passed	Division	Name of Board Institution Council/UniversityDetail	1.Roll No. 2. Regd. No. 3.Sr. No. 4. Date ,Year
10 <sup>th</sup>			
10 <sup>th</sup> +12 <sup>th</sup>			
All Qualification			

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature Of Applicant .....



**भारतीय वैकल्पिक चिकित्सा  
एवं  
प्राथमिक चिकित्सा व इलेक्ट्रो होम्योपैथिक बोर्ड**  
**Indian Alternative Medicine And  
First Aid And Electro Homeopathic Board**  
भारत का स्वायत्त प्रशासित वैकल्पिक चिकित्सको का संरक्षण बोर्ड  
Protection Board Of Autonomous Administered Alternative Physicians Of India

**घोषणा और शपथ / DECLARATION AND OATH**

1. मैं सत्यनिष्ठा से प्रतिज्ञा करता हूँ, कि मैं अपना जीवन मानव जाति की सेवा में समर्पित करूँगा।  
I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity.
2. धमकी दिये जाने पर भी, मैं अपने वैकल्पिक चिकित्सीय ज्ञान का प्रयोग मानवता के लिए सिद्धांतों के विरुद्ध नहीं करूँगा।  
Even when threatened, I will not use my alternative medical knowledge against principles for humanity.
3. मैं मानव जीवन का भरपूर आदर करूँगा।  
I will maintain the utmost respect of human life.
4. मैं धर्म, राष्ट्रीयता, जाति, राजनैतिक मान्यताओं या सामाजिक प्रख्यति के आधार पर अपने रोगियों के बीच भेद-भाव नहीं करूँगा।  
I will not permit considerations of religion, nationality, race, political beliefs or social standing to intervene between my duty and my patient.
5. मैं अपना अभ्यास वैकल्पिक चिकित्सा, प्राथमिकता चिकित्सा, इलेक्ट्रॉनिक होम्योपैथिक, प्राचीन आयुर्वेद, प्रातिक चिकित्सा के सिद्धांतों के अनुसार गरिमा के साथ करूँगा।  
I Will Conduct My Practice With Dignity According To The Principles Of Alternative Medicine, Priority Medicine, Electronic Homeopathic, Ancient Ayurveda, Naturopathy.
6. भारत सरकार के स्वास्थ्य विभाग के अनुरूप नियम व विनियम में रहकर मैं मेरी पद्धति में चिकित्सा अभ्यास करूँगा।  
I Will Practice Medicine In My System By Staying In Accordance With The Rules And Regulations Of The Health Department Of The Government Of India.
7. मैं पहले अपने रोगियों के स्वास्थ्य का ध्यान रखूँगा।  
The health of my patient shall be my first consideration.
8. मैं उन बातों को गोपनीय बनाए रखूँगा जो मुझे गुप्त रूप से बताई जाएगी।  
I will respect the secrets which are confined to me.
9. मैं स्वास्थ्य अधिकारी व बोर्ड के अधिकारी का सम्मान दूँगा और उनके प्रतिज्ञा रहूँगा जिनके अधिकार हैं।  
I Will Give Respect To The Health Officer And The Officer Of The Board And Will Be Grateful To Those Who Have The Right.
10. मैं सभी प्रकार से यथाशक्ति धन्वंतरी आयुर्वेद परंपरा की प्रतिष्ठा और महान ऋषि, महर्षि व गुरु शिष्य परम्पराओं को बनाए रखूँगा।  
I will uphold the dignity of Dhanvantari Ayurveda tradition and the traditions of great sage Maharishi and Guru Shishya in all respects.
11. बोर्ड से जुड़े मेरे भाई – बहनों को जब भी मेरी सहायता की आवश्यकता होगी मैं उनके साथ खड़ा रहूँगा। हर विपदा में हम सब साथ मिलकर स्वास्थ्य सभी के लिए आवश्यक है के उद्देश्य को पूर्ति करेंगे व बोर्ड के संरक्षण कार्यक्रम में बढ़-चढ़कर हिस्सा लेंगे।  
I will stand by my brothers and sisters on the board whenever they need my help. In every adversity we all come together Will fulfill the objective of health is essential for all and will actively participate in the conservation program of the Board.
12. मैं सत्यनिष्ठा पूर्वक, स्वतंत्रता पूर्वक प्रतिज्ञा से वचन देता हूँ कि क्रमांक 1 से 12 तक के सभी नियमों का पालन मैं निष्ठावान होकर करूँगा।  
I Solemnly, Solemnly Pledge That I Will Follow All The Rules From Number 1 To 12 With Integrity.

नाम

Name:.....

दिनांकी

Date:.....

आवेदक के हस्ताक्षर / Signature Of Applicant .....

सत्यापन करने वाले के हस्ताक्षर

Attested by Sign. ....

सत्यापन करने वाले वैकल्पिक चिकित्सक या ..... का नाम .....

Name of Attesting Auxiliary Doctor Or .....

रजिस्ट्रेशन न० और अर्हता

Regn. No. & Qualification .....

Other Description .....

.....

.....

.....



भारतीय वैकल्पिक चिकित्सा  
एवं  
प्राथमिक चिकित्सा व इलेक्ट्रो होम्योपैथिक बोर्ड  
Indian Alternative Medicine And  
First Aid And Electro Homeopathic Board  
भारत का स्वायत्त प्रशासित वैकल्पिक चिकित्सको का संरक्षण बोर्ड  
Protection Board Of Autonomous Administered Alternative Physicians Of India

सत्यापन प्रपत्र / VERIFICATION FORM

सेवा में, / To

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

महोदय / Sir

निम्नलिखित संलग्न दस्तावेजों का अवलोकन करके व प्रपत्र में दी गई जानकारी को सत्यापित कर, हमारे कार्यालय को 10 से 15 कार्य दिवस में सूचित करने की कृपा करें।

After Seeing The Following Attached Documents And Verifying The Information Given In The Form, Please Inform Our Office In 10 To 15 Working Days.

कार्यालय / Office - .....  
.....  
.....

प्रवेश केंद्र का नाम / Admission Center Name .....

उम्मीदवार का नाम / Candidate Name .....

पिता का नाम / Father Name .....

माता का नाम / Mother Name .....

Email Id. ....

जन्म दिनांक / Date Of Birth ..... उम्मीदवार के हस्ताक्षर / Candidate Signature

Program Name .....

Name of Board Institution Council/University .....

Exam Passed .....

Roll No. ....

Serial No. ....

Exam Passed Years .....

Enrollment No. .... Email id .....

Documents Attached For Verification  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....