

होम्योपैथिक भेषजिक पाठ्यक्रम प्रषिक्षण के  
लिये संस्थानों की स्थापना हेतु

## आवेदन पत्र

शैक्षणिक सत्र : .....

(दो वर्षीय होम्योपैथिक भेषजिक पाठ्यक्रम के लिए)



उत्तराखण्ड होम्योपैथिक मेडिसिन बोर्ड,

प्रथम तल- निदेशालय होम्योपैथिक चिकित्सा सेवायें, उत्तराखण्ड, देहरादून।

डाण्डा लखौण्ड, पो0 गुजराडा, देहरादून

दूरभाष एवं फैक्स नं0 – (0135) 2607575

Email- [hmbu2005@gmail.com](mailto:hmbu2005@gmail.com)

Web-[www.ukhmb.com](http://www.ukhmb.com)

## दो वर्षीय होम्योपैथिक भेषजिक डिप्लोमा पाठ्यक्रम के लिये संस्थान की स्थापना के लिए आवेदन पत्र

1. संस्थान का पूरा नाम .....
- पता .....
- .....पिन कोड .....
- एस0टी0डी0कोड .....फैक्स नम्बर .....
- दूरभाष नम्बर .....मोबाइल नम्बर .....
- ई-मेल .....

2. समिति अथवा ट्रस्टी का विवरण :-
- सोसाइटी निबन्धन एक्ट संख्या : .....
- ट्रस्ट नम्बर : .....
- निबन्धन संख्या : .....
- निबन्धन तिथि : .....निबन्धन स्थल : .....
- समिति अथवा ट्रस्ट जैसा हो के निबन्धन एवं विधान व सदस्यों के विवरण की छायाप्रति संलग्न करें।

3. समिति / न्यास के सदस्यों का विवरण :-

क्रसं०	समिति / न्यास के सदस्यों के नाम	समिति / न्यास के पद	पूर्व में / वर्तमान में चलाये गये अथवा चलाये जा रहे व्यवसायिक विवरण

4. प्रस्तावित संस्थान का (स्थायी कार्यक्षेत्र) स्थान का नाम व पते का विवरण :-

(नगर निगम सीमा / कस्बा / षहर / ग्रामीण क्षेत्र / प्रधान कार्यालय सहित)

प्रस्तावित संस्था का नाम	प्रस्तावित स्थायी स्थल का पता (पिन कोड व निकटस्थ शहर सहित)	प्रस्तावित स्थल का स्पष्टीकरण
	राज्य	
	पिन कोड	
	फैक्स नं०	
	दूरभाष नं०	
	ई-मेल	
	निकट शहर का नाम	

5. प्रस्तावित संस्थान का स्वरूप (राजकीय / सहायता प्राप्त / निजी) इत्यादि :-

6. वर्तमान संस्थान की सम्बद्धता निकाय का पता (यदि अन्य कोई पाठ्यक्रम चल रहा हो तो) :-

7. संचालित शैक्षणिक सत्र (यदि किया गया हो) का विवरण :-

विवरण	पाठ्यक्रम अवधि	प्रवेश स्तर की योग्यता	उपाधि	प्रस्तावित वार्षिक प्रवेश लेने की क्षमता

8. भूमि / भवन का विवरण :-

- चौहद्दी बिना मान्य नहीं होगी :-  
राज्य / राजधानी / अन्य :.....
- भूमि की रजिस्ट्री / किरायानामा अवष्य संलग्न करें।  
प्रस्तावित संस्था की यदि भूमि की सेल डीड / गिफ्ट डीड / सरकारी पट्टे पर हो तो आवेदित संस्था / कालेज के नाम (जो भी हो चिन्हित करें) संस्था / कालेज के नाम अनिवार्य होगी।

यदि हाँ तो :-

निबन्धन संख्या : .....

निबन्धन तिथि : .....निबन्धन स्थल : .....

- यदि भूमि सरकारी पट्टे की हो तो कितनी अवधि के लिए दी गई है : .....

(यदि भूमि प्राइवेट निकाय/व्यक्ति की है तो मान्य नहीं होगी। यदि पट्टे की भूमि सरकारी हो तो 99 वर्ष से कम न हो तो स्वीकार्य योग्य होगी)

- भूमि पर किसी तरह का ऋण भार/अधिभार/बन्धक तो नहीं है (हाँ/नहीं) : .....
- यदि प्रस्तावित भूमि पर कोई अनुषासनात्मक कार्यवाही की गई हो (हाँ/नहीं) : .....
- (आवेदित समिति/ट्रस्ट अनुषासनात्मक की गई कार्यवाही की प्रति संलग्न करें)
- यदि भूमि कृषि योग्य है तो जोत बही की सक्षम अधिकारी, तहसील द्वारा प्रमाणित की प्रति संलग्न करें। भूमि किस मद में प्रयोग होगी का प्रमाण पत्र संलग्न करें, जैसा भी हों।

09. आवेदित समिति/ट्रस्ट के नाम धन के मद की उपलब्धता :-

(कृपया बन्धक की गई भूमि की बैंक गारण्टी/बिल्लिंग/बीमा के मद आदि) मान्य न होंगे।

10. भवन – यदि प्रस्तावित स्थायी भवन का मानचित्र सक्षक अधिकारी द्वारा प्रदत्त है :-

- यदि हाँ तो सक्षम प्राधिकारण का नाम : .....
- (भवन का मानचित्र जैसा हो 1 कापी पेपर पर)
- संस्थागत क्षेत्र विवरण/क्षेत्रफल – लैब कक्ष, भोजन कक्ष, कार्यशाला, पुस्तकालय कक्ष, प्रशासनिक कक्ष, तक का विवरण व आय के स्रोत का जो भी हो अंकित करें।

हाँ : ..... नहीं : .....

- यदि संस्थागत भवन में विस्तार हेतु अन्य सहभागिता/सहयोगी संस्था हो तो उसका विवरण हो (हाँ/नहीं) :-

यदि हो विवरण :-

- आवेदन शुल्क का विवरण :- (आवेदन शुल्क की धनराशि का बैंक ड्राफ्ट जो रजिस्ट्रार उत्तराखण्ड होम्योपैथिक मेडिसिन बोर्ड के नाम बना हो एवं देहरादून में देय हो)

बैंक ड्राफ्ट संख्या	संबंधित बैंक का नाम	दिनांक	धनराशि

- नोट- संबंधित संस्थान को उत्तराखण्ड होम्योपैथिक मेडिसिन बोर्ड द्वारा मान्यता प्रदान किये जाने पर मान्यता शुल्क पृथक से जमा करना अनिवार्य होगा।

घोषणा-पत्र

मैं/हम .....घोषणा करता  
हूँ/करती हूँ मैंने संस्था की सम्बद्धता के लिए उत्तराखण्ड होम्योपैथिक मेडिसिन बोर्ड के  
नियम/उपनियम/मानकों आदि को पढ़ लिया व समझ लिया है, सहमत हूँ। मैंने/हमने सभी सत्य  
प्रपत्र वांछित सूचनाओं को अंकित कर दिया है, मेरे संज्ञान में कोई भी सूचना छिपायी नहीं गई है।  
यदि मेरे द्वारा दी गई कोई सूचना असत्य पायी जाये तो बोर्ड को यह अधिकार होगा कि मेरी  
सम्बद्धता हेतु प्रस्तुत आवेदन पत्र को रद्द कर दिया जाय।

स्थान : दिनांक :

सक्षम आवेदक के हस्ताक्षर

(स्वयं द्वारा)

नाम : .....

पद : .....

मोहर : .....