

## संस्थान से सम्बद्धता प्राप्त हेतु आवेदन पत्र

1. 

प्रथम आवेदन (First Application)	नवीनीकरण (Renewal)
---------------------------------	--------------------

नोट 1 : सही बॉक्स को ✓ करें।

2. यदि नवीनीकरण (Renewal) है तो पिछले सम्बद्धता प्रमाण पत्र का विवरण :

Cert. No. & Date :	From :	To :
--------------------	--------	------

नोट 2 : पिछले सम्बद्धता प्रमाण पत्र की फोटो कापी संलग्न करें।

3. उपचार केन्द्र का विवरण :

नाम तथा पूरा डाक पता (पिन कोड के साथ) A. हिन्दी में :	टेलीफोन/मोबाइल नं. (STD Code के साथ)
B. अंग्रेजी में	

4. पत्राचार (Correspondence) का विवरण (यदि serial 3 से भिन्न है) :

नाम तथा पूरा डाक पता (पिन कोड के साथ) A. हिन्दी में :	टेलीफोन/मोबाइल नं. (STD Code के साथ)
B. अंग्रेजी में	

5. मुख्य समन्वयक (Chief Coordinator) तथा सह मुख्य समन्वयक (Joint Chief Coordinator) का नाम, पूरा डाक पता तथा टेलीफोन/मोबाइल नं. :

A. मुख्य समन्वयक :	B. सह मुख्य समन्वयक (यदि है) :
--------------------	--------------------------------

6. समन्वयकों की शैक्षणिक योग्यता (Education Qualification) :

A. मुख्य समन्वयक :	B. सहायक समन्वयक :
--------------------	--------------------

नोट 3 : सर्वोच्च (Highest) योग्यता की फोटो कापी संलग्न करें।

7. मुख्य उपचारक (Chief Therapist) तथा सह मुख्य उपचारक (Joint Chief Therapist) का नाम, पूरा डाक पता तथा टेलीफोन/मोबाइल नं. :

A. मुख्य उपचारक :	B. सह मुख्य उपचारक (यदि है। सिर्फ एक व्यक्ति का विवरण) :
-------------------	---

8. मुख्य तथा सह मुख्य उपचारकों की योग्यता :

A. मुख्य उपचारक :	B. सह मुख्य उपचारक (यदि है) :
i) शैक्षणिक :	i)
ii) मेडिकल (यदि है) (Allopathy/Homeopathy/ Ayurvedic/Yunani/Yoga & Naturopathy/Sidha) :	ii)
iii) Acupressure Training Attended :	iii)
a) Basic Course (give dates) :	a)
b) National Conference (give dates & Cert. Serial No.)	b)

9. "सरस्वती" सदस्यता संख्या :

A. मुख्य समन्वयक :	B. सहायक समन्वयक :
C. मुख्य उपचारक :	D. सहायक मुख्य उपचारक :

10. अन्य उपचारकों का विवरण (आवश्यकतानुसार अतिरिक्त Sheet का प्रयोग करें) :

नाम	शैक्षणिक योग्यता	एक्यूप्रेशर योग्यता	टेलीफोन / मोबाइल नं.	सरस्वती सदस्यता संख्या

11. केन्द्र के आरंभ होने की तिथि :

12. उपचार विवरण :

A. सामान्य उपचार दिवस एवं समय :	B. निःशुल्क उपचार दिवस एवं समय :
---------------------------------	----------------------------------

13. रोगियों का विवरण :

A. सामान्य रोगियों की औसत संख्या (प्रति दिन) :	B. निःशुल्क रोगियों की औसत संख्या (प्रति दिन) :
--	---

14. अन्य विवरण (यदि देना चाहें) :

--

15. हम प्रमाणित करते हैं कि उपरोक्त सभी विवरण हमारी जानकारी में सत्य हैं।
16. उपरोक्त केन्द्र पिछले एक वर्ष से कार्यरत है तथा केन्द्र में सप्ताह में न्यूनतम एक दिन (कम से कम दो घंटे) नियमित रूप से निःशुल्क एक्यूप्रेसर उपचार हो रहा है। हम आश्वासन देते हैं कि भविष्य में भी सप्ताह में न्यूनतम एक दिन (कम से कम दो घंटे) निःशुल्क उपचार होता रहेगा।
17. हम केन्द्र में उपचार की गुणवत्ता का पूरा ध्यान रखेंगे तथा हर समय यह सुनिश्चित करते रहेंगे कि स्थानीय उपचारकों को एक्यूप्रेसर विधा का सम्यक ज्ञान हो।
18. हम सुनिश्चित करेंगे कि केन्द्र के सभी सदस्य संस्थान की त्रैमासिक पत्रिका "सरस्वती" के नियमित सदस्य बने रहें।
19. हम निःशुल्क उपचार का विवरण रजिस्टर में नियमित रूप से तथा उचित तरीके से रिकार्ड करेंगे। केन्द्र की लिखित त्रैमासिक सूचना संस्थान को नियमित रूप से प्रेषित की जायेगी।
20. हम आश्वासन देते हैं कि भविष्य में इलाहाबाद में आयोजित होने वाले प्रत्येक National Conference Cum Super Advance Training में केन्द्र से न्यूनतम एक व्यक्ति अवश्य भाग लेगा।
21. हम संस्थान की नियमावली तथा संस्थान द्वारा समय-समय पर दिए गए निर्देशों का पालन करते रहेंगे तथा हम कोई ऐसा कार्य नहीं करेंगे जो संस्थान तथा एक्यूप्रेसर उपचार की मर्यादा के विरुद्ध हो।

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

(मुख्य समन्वयक का नाम)

(मुख्य उपचारक का नाम)

तिथि :

नोट 5 : आवेदन पत्र में मुख्य समन्वयक तथा मुख्य उपचारक, दोनों के हस्ताक्षर अनिवार्य हैं। यदि एक ही व्यक्ति दोनों कार्यभार संभाल रहा है तो वह उपरोक्त दोनों स्थान पर हस्ताक्षर करेगा।