

**म.प्र. आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड,**  
**Madhya Pradesh Board of Ayurvedic and Unani Systems of Medicine and Naturopathy**  
 (A Statutory Body of the Government of Madhya Pradesh)

5/41, बेतवा अपार्टमेन्ट, रोशनपुरा नाका, न्यू मार्केट, भोपाल- 462003

क्रमांक/जॉच./...../2019

भोपाल दिनांक 25/01/2019

रजिस्टर्ड/तत्काल

प्रति,

समस्त जिला आयुष अधिकारी,  
जिला-....., म.प्र.


विषय :- मध्यप्रदेश में अयोग्य, नकली एवं अपंजीकृत चिकित्सकों के पंजीयन की जाँच करने हेतु जिला स्तर पर जाँच दल का गठन बाबत।  
 संदर्भ :- मध्यप्रदेश शासन आयुष विभाग, वल्लभ भवन भोपाल का पत्र क्रमांक/73/3086/2018/1/59, भोपाल दिनांक 04 जनवरी, 2019

—000—

उपरोक्त संदर्भित पत्रांक के विषयान्तर्गत लेख है उक्त शासन आदेश के माध्यम से मध्यप्रदेश के ऐसे नकली/ अयोग्य एवं अपंजीकृत चिकित्सा व्यवसाय करने वाले चिकित्सकों के खिलाफ जांच करने हेतु जिला स्तर पर पदस्थ जिला आयुष चिकित्सा अधिकारी एवं जिले में पदस्थ एक वरिष्ठ आयुष चिकित्सा अधिकारी का जाँच दल गठित करने हेतु जारी किया गया है।

जिला आयुष चिकित्सा अधिकारी जाँच दल का गठन कर प्रतिमाह जिले में की गई जांच का प्रतिवेदन बनाकर रजिस्ट्रार, मध्यप्रदेश आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड, भोपाल को संलग्न प्रारूप के साथ प्रस्तुत करेगा।  
 जिला आयुष अधिकारी स्वयं एवं वरिष्ठ चिकित्सा अधिकारी का नाम, मोबाईल नम्बर भी तत्काल कार्यालय को भेजे।

शासन द्वारा जारी पत्र की छायाप्रति एवं जांच प्रतिवेदन भेजने हेतु प्रारूप पत्र के संलग्न प्रस्तुत कर भेजा जा रहा है। कृपया जाँच दल का गठन कर प्रतिमाह में की गई जांच का प्रतिवेदन आगामी माह की पाँच तारीख तक बोर्ड को आवश्यक रूप से भेजे।


  
 (डॉ. वन्दना बोराणा)  
 रजिस्ट्रार

भोपाल दिनांक /01/2019

पृ.क्र./जॉच./...../2019

प्रतिलिपि:-

- विशेष सहायक, अपर मुख्य सचिव, म.प्र. शासन आयुष विभाग, मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल म.प्र.
  - आयुक्त, संचालनालय आयुष मध्यप्रदेश, सतपुड़ा भवन, भोपाल।
  - समस्त जिला कलेक्टर, मध्यप्रदेश।
  - समस्त जिला पुलिस अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
  - समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, मध्यप्रदेश।
  - समस्त संभागीय आयुष अधिकारी, मध्यप्रदेश।
- की ओर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

  
 (डॉ. वन्दना बोराणा)  
 रजिस्ट्रार

कार्यालय जिला आयुष अधिकारी, जिला- .....

अयोग्य एवं नकली चिकित्सकों की जिले में की गई जाँच सूची

जाँच दिनांक ..... से दिनांक ..... तक की जानकारी

स.क्र.	चिकित्सक का नाम	योग्यता	पंजीयन क्रमांक	पंजीयन/ पंजीयन सत्यापन दिनांक	क्लीनिक का पता	सीएमएचओ द्वारा जारी क्लीनिक पंजीयन क्र. एवं क्लीनिक पंजीयन की छायाप्रति	रिपोर्ट /संलग्न
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
12							
13							
14							
15							

हस्ताक्षर  
समिति सदस्य

हस्ताक्षर  
समिति सदस्य