



नाशिक महानगरपालिका, नाशिक
सार्वजनिक आरोग्य विभाग
रुग्णालयातील डॉक्टरांचा फॉर्म

फोटो

१. वैद्यकीय व्यावसायिकाचे नांव : _____
२. सद्याचा वास्तव्याचा संपूर्ण पत्ता व फोन नंबर : _____
३. कायमचा पत्ता व फोन नंबर : _____
४. जन्म दिनांक : / /
५. हॉस्पिटलचे नांव व पत्ता : _____
६. फोन नंबर घर _____ क्लिनिक _____
हॉस्पिटल _____ मोबाईल _____
- ई मेल : _____
७. शैक्षणिक पात्रता : _____
८. कौन्सिल रजिस्ट्रेशन नंबर व दिनांक : _____
९. रजिस्ट्रेशन संस्थेचे नाव : _____
१०. वैद्यकीय व्यावसायिक प्रकार : Allopathy / Ayurveda / Homeopathy / Other
११. व्यवसाय किती वर्षांपासून : _____
१२. या व्यतिरिक्त आपण इतर किती रुग्णालयात सेवा देतात संख्या लिहावी :

दिनांक : / /

डॉक्टरांची सही : _____

डॉक्टरांचा शिक्का

रजिस्ट्रेशन नंबर व पदवी सह :