



नाशिक महानगरपालिका, नाशिक
NASHIK MUNICIPAL CORPORATION

फोटो

- सार्वजनिक आरोग्य विभाग -
रुग्णालय मालकाचा फॉर्म

१. रुग्णालय मालकाचे नाव _____
:
२. सद्याचा वास्तव्याचा संपूर्ण पत्ता व फोन नंबर _____
:
३. कायमचा पत्ता व फोन नंबर _____
:
४. जन्म दिनांक _____
: / /
५. हॉस्पिटलचे नाव व पत्ता _____
:
६. फोन नंबर _____
घर _____ क्लिनिक _____
हॉस्पिटल _____ मोबाईल _____
:
- ई मेल _____
:
७. शैक्षणिक पात्रता _____
:
८. एम.एम.सी. कौन्सिल रजिस्ट्रेशन नंबर _____
:
९. रजिस्ट्रेशन संस्थेचे नाव _____
:
१०. वैद्यकीय व्यावसायिक प्रकार _____
: Allopathy / Ayurveda / Homeopathy / Other
११. व्यवसाय किती वर्षांपासून व दिनांक _____
:
१२. हॉस्पिटलचे कर्मचारी _____
: एकुण - डॉक्टर - नर्स - इतर -
(स्वतंत्र यादी नावनिशी व शैक्षणिक पात्रतेसह जोडावी)
१३. ऑपरेशन थिएटर आहे का? _____
: होय / नाही (असल्यास किती वर्षांपासून -
१४. गर्भपात केंद्र मान्यता प्राप्त आहे किंवा नाही _____
: होय / नाही (असल्यास नोंदणी क्रमांक -
१५. सोनोग्राफी केंद्र मान्यता प्राप्त आहे किंवा नाही _____
: होय / नाही (असल्यास नोंदणी क्रमांक -
१६. राबविण्यात येणारे राष्ट्रीय कार्यक्रम _____
: १) कुटुंब कल्याण २) माता बाल संगोपन
३) क्षयरोग ४) अंधत्व
५) कुष्ठरोग
१७. साथरोग माहिती दिली जाते का ? _____
: होय / नाही
१८. नोटिफायबल रोगाचे रजिस्टर ठेवले जाते काय ? : होय / नाही
डॉक्टरांची सही : _____
डॉक्टरांचा शिक्का : _____
रजिस्ट्रेशन नंबर व पदवी सह : _____

दिनांक : / /