



# नाशिक महानगरपालिका , नाशिक NASHIK MUNICIPAL CORPORATION

Reg. No.
201 to 201

## FORM 'B'

(नियम क्र. ४ व ६ अन्वये )

(See Rule 4 and 6)

MEDICAL DEPARTMENT
NO NMC / / 201
Date :- /

दि मुंबई नर्सिंग होम ॲक्ट, १९४९ च्या कलम नं. ५ अन्वये नोंदणीसाठी /

नोंदणीच्या नुतणीकरणासाठी करावयाचा अर्ज

Application for Registration / Renewal for registration under section 5 of the  
Bombay Nursing Home Registration Act., 1949

PLEASE WRITE IN BLOCK LETTERS

★ १ अर्जदाराचे संपूर्ण नाव :

★ 1. Full name of the applicant :

★ २ अर्जदाराचा संपूर्ण पत्ता :

★ 2. Full residential address of the applicant :

३ अर्जदाराचा शैक्षणिक पात्रता :

3 Technical Qualification :

४ अर्जदाराचे राष्ट्रीयत्व :

4. Nationality of the applicant :

⇒ ५ कंपनी सोसायटी, संस्था अथवा इतर प्रस्थापित  
मंडळाची रजिस्टर्ड अथवा मुख्य कार्यालयाची जागा  
तिचा पत्ता

⇒ 5 Situation of registered or principal office of  
the company. Society, Association or other body  
corporate

⇒ ६ ज्या नर्सिंग होमची नोंदणी करण्यासाठी अर्ज केला  
त्याचे नाव व इतर माहिती

⇒ 6 Name and other particulars of the nursing  
home in respect of which the registration is  
applied for

७ नर्सिंग होमचा पत्ता

7 Place where the Nursing home is situated

★ एखादी कंपनी, सोसायटी, संस्था व इतर प्रस्थापित मंडळाच्या वतीने जर अर्ज केला असेल तर ती कंपनी, सोसायटी,  
संस्था वा प्रस्थापित मंडळ यांचा कारभार पाहणा-या प्रमुखांचे नांव व घरचा पत्ता द्यावा.

★ In case the application is made on behalf of a Company. Society, Association or other body corporate, the  
name and residential address of the person in charge of the management of such Company,  
Society, Association or body corporate should be given.

★ या सदरातील माहिती जर अर्जदार एखादी कंपनी, सोसायटी, संस्था व इतर प्रस्थापित मंडळातर्फे केला व द्यावयाची  
आहे.

★ This term is applicable only when the application is made on behalf of the Company, Society, Association  
or a other corporate

- ८ नर्सिंग होमच्या इमारतीचे अथवा जी जागा नर्सिंग होमकरिता वापरली जाते त्या जागेचे, तिचा आकार व तिच्यातील सामग्री याचे थोडक्यात वर्णन
- 8 Brief description of construction, size and equipment of the nursing home or any premises used in connection therewith
- ९ नर्सिंग होमची इमारत अथवा ज्या इमारतीची जागा नर्सिंग होमकरिता वापरली जाते ती जागा नर्सिंग होम चालविण्याशिवाय इतर कोणत्याही कारणाकरिता वापरली जाणार आहे काय
- 9 Whether the nursing home or any premises used connection therewith are used or are to be used for purposes other than that of carrying on a nursing home.
- १० (अ) प्रसुतीच्या रूग्णांकरिता ठेवलेल्या खाटांची संख्या
- 10 (a). Number of beds for maternity patients
- (ब) इतर रूग्णांकरिता वापरात असलेल्या खाटांची संख्या
- (b) Number of beds for other patients.
- ★ ११ नर्सिंग होमच्या सेवक वर्गापैकी प्रत्येकाचे नाव वय व शैक्षणिक पात्रता
- ★ 11 Names age and qualification of the members of the nursing staff in the nursing home
- १२ नर्सिंग होम मधील सेवकवर्गाची राहण्याची व्यवस्था करणेत आलेली आहे काय ? असल्यास त्या ठिकाणचा पत्ता
- 12 Place where the nursing staff is accomodated
- १३ रेसिडन्ट, व्हिजिटिंग फिजिशियन अगर् सर्जन यांची नावे वय व शैक्षणिक पात्रता
- 13 Names ages and qualifications of the resident or visiting physicians or surgeons in the nursing home

■ १४ (अ) नर्सिंग होमची देखरेख पाहण्यास तज्ञ डॉक्टर अगर तज्ञ नर्स यांची नेमणूक केली असल्यास त्याचे नांव वय शैक्षणिक पात्रता

■ 14. (a). whether the nursing home is under the supervision of a qualified medical practitioner or a qualified nurse and if so. his or her name age and qualification

१४ (ब) नर्सिंग होमच्या सेवकवर्गापैकी तज्ञ व बिगारतज्ञ यांचे एकमेकांशी प्रमाण

14 (b) Proportion of the qualified and unqualified nurses on the nursing staff

१५ (अ) नर्सिंग होम हे तज्ञ नर्स वा तज्ञ मिडवाईफ यांच्या देखरेखीखाली आहे की कसे असल्यास त्यांचे नांव, वय व शैक्षणिक पात्रता

15 (a) Whether the nursing home is under the supervision of a qualified nurse or midwife and if so. her name age and qualifications.

१५ (ब) नर्सिंग होममध्ये अनरजिस्टर्ड डॉक्टर अगर बिगार तज्ञ मिडवाईफ नर्सिंगच्या कामासाठी नेमलेली आहे काय

15 (b) whether any unregistered medical practitioner or unqualified midwife is employed for nursing any patient in the nursing home

१६ नर्सिंग होममध्ये परकीय राष्ट्रीयत्व असलेल्या माणसाची नेमणूक केली आहे काय असल्यास त्याचे नाव व इतर माहिती

16 Whether any person of alien nationality is employed in the nursing home and if so his name and other particulars.

---

■ याबाबतची माहिती ज्यावेळी अर्जात नमुद केलेले नर्सिंग होम नॉन मॅटर्निटी होम अथवा अन्य प्रकारचे मिक्सड होम म्हणजे मॅटर्निटी व नॉन मॅटर्निटी वॉर्डस असलेले त्यावेळी द्यावयाची. ज्यावेळी अर्जात नमुद केलेले नर्सिंग होम हे मिक्स नर्सिंग होम असेल त्यावेळी विचारलेली माहिती ही नॉन-मॅटर्निटी वॉर्डसंबंधी असावी.

■ The queried made in this term should be answered only when the nursing home is a non-maternity of mixed home (i.e. home having maternity and non-maternity wards) in the case of a mixed home of the queries should be answered with reference to non-maternity ward.

★ याबाबतची माहिती ज्यावेळी अर्जात नमुद केलेले नर्सिंग होम हे नॉन मॅटर्निटी होम अथवा अन्य प्रकारचे मिक्सड होम म्हणजे मॅटर्निटी वॉर्डस असलेले त्यावेळी द्यावयाची. ज्यावेळी अर्जात नमुद केलेले नर्सिंग होम हे असेल त्यावेळी विचारलेली माहिती ही नॉन-मॅटर्निटी वॉर्डसंबंधी असावी.

★ The queried made in this item should be answered only when the nursing home is a maternity of mixed home (i.e. home having maternity and non-maternity wards) in the case of a mixed home the queries should be answered with reference to non-maternity ward.

(४)

(या स्तंभामध्ये उत्तरे लिहावीत)  
The replies to be written in this column

१७ नर्सिंग होममध्ये दाखल होणा-या रुग्णांना आकारला जाणारा आकार व फी

17 Fee charged to patients

१८ अर्जदाराचा सदर अर्जात नमूद केलेल्या नर्सिंग होम व्यतिरिक्त अथवा इतर धंद्यामध्ये हिस्सा वा भाग असेल तर त्या अन्य नर्सिंग होमचे ठिकाण वा अशा धंद्याचे ठिकाण

18. Whether the applicant is interested in any other nursing home or business and if so. the place whether such nursing home is situated or whether such business is conducted.

१९ नोंदणीच्या दाखल्याचा अनुक्रमांक व त्याची मुदत केव्हा संपते ती दिनांक

19 Number and date of expiry of the certificate or registration.

मी प्रतिज्ञापुर्वक जाहीर करतो की, वरील सर्व विधाने माझ्या समजूतीप्रमाणे व माहितीप्रमाणे खरी आहेत.

I solemnly declare that the above statements are true to the best of my knowledge and belief.

दिनांक :

Date :

अर्जदाराची सही

Signature of the applicant

---

याबाबतची माहिती ज्यावेळी अर्जात नमुद केलेले नर्सिंग होम हे नॉन मॅटर्निटी होम अथवा अन्य प्रकारचे मिक्सड होम

This item is applicable when the application is make for renewal of registration.



# नाशिक महानगरपालिका, नाशिक

## - वैद्यकीय विभाग -

२ फोटो

वार्ड क्र. ....

- १) वैद्यकीय व्यवसायिकाचे नांव : \_\_\_\_\_
- २) संपूर्ण पत्ता : \_\_\_\_\_
- ३) क्लिनिकचे नांव व पत्ता : \_\_\_\_\_
- ४) हॉस्पिटलचे नांव व पत्ता : \_\_\_\_\_
- ५) फोन नंबर घर \_\_\_\_\_ क्लिनिक \_\_\_\_\_  
हॉस्पिटल \_\_\_\_\_ मोबाईल \_\_\_\_\_
- ६) शैक्षणिक पात्रता : \_\_\_\_\_
- ७) एम.एम.सी. रजिस्ट्रेशन नंबर व दिनांक: \_\_\_\_\_
- ८) रजिस्ट्रेशन संस्थेचे नांव व राज्य : \_\_\_\_\_
- ९) वैद्यकीय व्यावसायिक प्रकार : \_\_\_\_\_
- १०) व्यवसाय किती वर्षांपासून व दिनांक : \_\_\_\_\_
- ११) खाटांची संख्या : \_\_\_\_\_
- १२) कर्मचारी १) डॉक्टर \_\_\_\_\_ २) नर्स \_\_\_\_\_ ३) मिश्रक \_\_\_\_\_  
४) शिपाई \_\_\_\_\_ (स्वतंत्र यादी नावनिशी व शैक्षणिक पात्रतेसह जोडावी)
- १३) ऑपरेशन थिएटर आहे का? : \_\_\_\_\_  
(किती वर्षांपासून)
- १४) म.न.पा. नर्सिंग होम रजिस्ट्रेशन केलेले आहे का? : \_\_\_\_\_  
(कोणत्या वर्षांपासून, कोणत्या वर्षापर्यंत)
- १५) येणारे मानद डॉक्टर : \_\_\_\_\_  
(स्वतंत्र यादी जोडावी)
- १६) अ) गर्भपात केंद्र मान्यता प्राप्त आहे किंवा नाही \_\_\_\_\_  
ब) सोनोग्राफी मशिन नंबर \_\_\_\_\_
- १७) करण्यात येणारे राष्ट्रीय कार्यक्रम  
१) कुटुंब कल्याण \_\_\_\_\_ २) माता बाल संगोपन \_\_\_\_\_ ३) क्षयरोग \_\_\_\_\_  
४) अंधत्व \_\_\_\_\_ ५) कुष्ठरोग \_\_\_\_\_ ६) मलेरिया \_\_\_\_\_  
७) साथरोग माहिती दिली जाते का? ८) इतर कार्यक्रम \_\_\_\_\_
- १८) नोटा फायबल रोगाचे रजिस्टर व कुटुंब कल्याण कामाचे रजिस्टर ठेवले जाते काय?

तारीख / / २०१९

सही व शिक्का

टीप : शैक्षणिक पात्रता सर्टिफिकेट, जैविक कचरा विल्हेवाट प्रकल्प, सभासदत्व नाहरकत दाखला व बांधकाम पूर्णत्वाचा दाखला, घरपट्टी भरल्याची पावती, व एमएससीबी चा दाखला मान्यताप्राप्त माहिती व झेरॉक्स प्रती, कार्यकारी दंडाधिकारी अथवा गॅझेटेड अधिकारी याची अटेस्टेड घेऊन, वैद्यकीय अधीक्षक प्रती, वैद्यकीय विभाग, राजीव गांधी भवन, रूम नं. ३०७, ३ रा मजला, नाशिक महानगरपालिका, नाशिक येथे द्याव्यात.

(फोन नं. २५७१८७२, २५७१४७९ विस्तार ४७२, ४७३, २१७)



नाशिक महानगरपालिका, नाशिक  
- वैद्यकीय विभाग -  
परिचारीका / परिचारक अनुपालन अहवाल

दिनांक : / / २०१

- १) संपूर्ण नांव : .....
- २) संपूर्ण पत्ता व फोन नंबर : .....
- ३) व्यवसाय कार्यरत असलेले ठिकाण : .....
- नांव, पत्ता व फोन नंबर : .....
- ४) हुद्दा : .....
- ५) परिचर्या व्यवसाय केव्हा पासून : .....
- दिनांक : .....
- ६) शैक्षणिक पात्रता : .....
- ७) प्रशिक्षण माध्यम : .....
- ८) प्रशिक्षण (कोर्सच्या कालावधी) : .....
- ९) परिचर्या व्यवसाय प्रशिक्षण : .....
- घेतलेल्या संस्थेचे नाव, पत्ता व : .....
- फोन नंबर : .....
- १०) परिचर्या प्रशिक्षण संस्थेचे नाव, : .....
- रजिस्टर नंबर, व तारीख : .....
- ११) प्रॅक्टिकल ट्रेनिंग कोठे केले? : .....
- कालावधी, दिनांक : .....
- नाव, पत्ता व फोन नंबर : .....
- १२) नर्सिंग युनिफॉर्म : .....

१३) महाराष्ट्र परिचर्या अधिनियमातील : .....  
कलम २६ नुसार व्यवसाय : .....  
परिषदेची परिचर्या कोर्सला .....  
घेतलेल्या संस्थेला मान्यता आहे .....  
का ? : .....  
सबब पुरावा घ्यावा .....

ज्या संस्थेत काम करतात त्यांची सही व शिक्का सही .....

टिप : शैक्षणिक पात्रता, सर्टिफिकेट व मान्यताप्राप्त माहिती झेरॉक्स प्रती, कार्यकारी, दंडाधिकारी अथवा गॅजेटेड अधिकारी याची सही घेवून वैद्यकीय अधिक्षक, वैद्यकीय विभाग, राजीव गांधी भवन रूम नं. ३०७, ३रा मजला, नाशिक महानगरपालिका, नाशिक येथे घ्याव्यात.

शेरा :

ब्लॉक लेव्हल सुपरवाझर  
नाशिक महानगरपालिका, नाशिक

वैद्यकीय अधिक्षक  
नाशिक महानगरपालिका, नाशिक