

चिकित्सकको नाम (अंग्रेजीमा)

First Name	Middle Name	Last Name
------------	-------------	-----------

चिकित्सकको नाम (देवनागरीमा)

--

चिकित्सकको दर्ता नम्बर (आयुर्वेद चिकित्सा परिषद् नम्बर) अंग्रेजी नम्बरमा

--

उच्च शैक्षिक योग्यता

--

पीएचडी वा स्नातकोत्तर भएमा विशिष्टता उपाधि | स्नातकहरूले खाली छोड्ने ।

--

चिकित्सकको ठेगाना (नागरिकता अनुरूप) अंग्रेजीमा

Street address	City	Province	Postal code
----------------	------	----------	-------------

चिकित्सकको ठेगाना (नागरिकता अनुरूप)

टोल	गाउँ पालिका, नगरपालिका	शहर	प्रदेश
-----	------------------------	-----	--------

अस्थायी ठेगाना

टोल	गाउँ पालिका, नगरपालिका	शहर	प्रदेश
-----	------------------------	-----	--------

सम्पर्क नम्बर (अंग्रेजी नम्बर भाषा)

फोन नम्बर	बैकल्पिक नम्बर	ल्यान्डलाईन नम्बर
-----------	----------------	-------------------

इमेल

मुख्य इमेल	वैकल्पिक इमेलहरू
------------	------------------

सिफारिसकर्ता

--

सदस्यताको प्रकार (साधारण सदस्य वा आजीवन सदस्य उल्लेख गर्नुपर्ने ।)

--

प्रतिबद्धता

राष्ट्रियता, प्रजातन्त्र र समाजवाद प्रति समर्पित नेपाल अधिराज्यका विभिन्न क्षेत्रमा कार्यरत सम्पूर्ण आयुर्वेद चिकित्सकहरूलाई एकताको सूत्रमा आवद्ध गरि आफ्नो मर्यादित पेशागत हकहित र बहुदलिय शासन पद्धति, कानूनी राज्य एवं मानव अधिकार प्रति दृढ निष्ठाका साथ न्यायपूर्ण, गतिशिल, स्वतन्त्र, समतामूलक एवं स्वस्थ समाजको स्थापनामा आफ्नो क्षेत्रबाट सक्रिय योगदान पुर्याउने प्रतिबद्धताका साथ "प्रजातन्त्रवादी आयुर्वेद चिकित्सक संघ - २०६९" नामक स्थापित संस्थामा आबद्ध भई यस संस्थाको विधि र विधान पालना गर्ने एवं गराउने प्रति कटिबद्ध छु भनी प्रतिज्ञा गर्दछु । जय आयुर्वेद ।

मैले माथिका विवरण सहित १. फोटो र २. परिचय खुलेको परिचयपत्र समावेस सहित, सदस्यता रकम भुक्तानी दिई यस संस्थाको सदस्यता प्राप्तका लागि निवेदन गर्दछु ।

नामः

सहिः

.....