

રાજકોટ મહાનગરપાલિકા

આરોગ્ય શાખા

જન્મ મરણ વિભાગ

ડોક્ટરર્સ / હોસ્પિટલ નોંધણી ફોર્મ

પ્રતિ,

શ્રી રજીસ્ટ્રાર,

જન્મ - મરણ નોંધણી

રાજકોટ મહાનગરપાલિકા, રાજકોટ.

વિષય : જન્મ મરણ નોંધણી ઇઓળખ વેબપોર્ટલમાં કરવા અમારી હોસ્પિટલનું રજીસ્ટ્રેશન કરવા અંગે.

સાહેબ શ્રી,

અમારી ક્લીનિક / હોસ્પિટલ રાજકોટ શહેરના _____ ઝોન માં કાર્યરત છે. આ ક્લીનિક / હોસ્પિટલની નોંધણી ધી બોમ્બે નર્સિંગ હોમ રજીસ્ટ્રેશન એક્ટ - ૧૯૪૯ ના નીચમ ૫ મુજબ નોંધણી નંબર _____ થી રજીસ્ટર કરાવેલ છે, જેનું નોંધણી પ્રમાણપત્ર ફોર્મ-ક ની ઝેરોક્ષ નકલ આ સાથે સામેલ છે. જે ક્લીનિક / હોસ્પિટલની વિગત આ મુજબ છે.

| | | |
|--------------------------------|---|-------|
| ક્લીનિક / હોસ્પિટલ નું નામ | : | _____ |
| ક્લીનિક / હોસ્પિટલ નું સરનામું | : | _____ |
| | | _____ |
| | | _____ |
| કાયમી ફોન નંબર | : | _____ |
| કાયમી મોબાઇલ નંબર (વોટસએપ) | : | _____ |
| કાયમી ઇમેઇલ | : | _____ |
| ડોક્ટર શ્રી નું નામ | : | _____ |
| ડોક્ટરશ્રીની ડીગ્રીની વિગત | : | _____ |

અમારી ઉપરોક્ત વિગત વાળી ક્લીનિક / હોસ્પિટલ ને આપની કચેરીમાં નોંધી અને અમારી ક્લીનિક / હોસ્પિટલમાં બનતા જન્મ - મરણ તેમજ મૃત જન્મ ના બનાવો જન્મ મરણ નોંધણી અધિનીયમ ૧૯૬૯ ની કલમ ૮, ૧૦(૩) મુજબ આપના નોંધણી એકમમાં નોંધવા મંજૂરી આપવા નમ્ર વિનંતી છે.

અમો આપ રાજ્ય સરકારશ્રીના આદેશ અનુસાર જન્મ -મરણ તેમજ મૃત જન્મના નોંધણી એકમમાં સરકારશ્રીની માર્ગદર્શિકા અનુસાર નોંધણી કરવા તૈયાર છીએ તેમજ રાજ્ય સરકારશ્રીની માર્ગદર્શિકાનું ઉલ્લંઘન નહીં કરીએ તે બાંહેધરી આપીએ છીએ.

હોસ્પિટલ નં _____

યુ.આઇ.ડી _____

ક્લીનિક / હોસ્પિટલના પ્રતિનિધી નું નામ _____

ક્લીનિક / હોસ્પિટલના મોબાઇલ નંબર _____

સહી. _____



રાજકોટ મહાનગરપાલિકા

આરોગ્ય શાખા

ફોર્મ-ક

ધી બોમ્બે નર્સિંગ હોમ રજીસ્ટ્રેશન એક્ટ - ૧૯૪૯ (નિયમ-૫)

નોંધણી પ્રમાણપત્ર

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે ૦૦ / ૦૦ / ૦૦