



**పారం పర్య వైద్య మహా సంఘం, తిరుపతి, ఆంధ్రప్రదేశ్.**  
**PAARAMPARYA VAIDYA MAHA SANGHAM**

(Traditional Healers Association - A.P.)  
 కార్యాలయం 7-70, ధర్మరాజుల గుడి వీధి, పువ్వూరు, చిత్తూరు జిల్లా 517533.  
 email : pvmsandhrapradesh@gmail.com Ph.No : 9849965008, 9347580090

సబ్యత్వం కొరకు దరఖాస్తు పత్రము

1) పూర్తి పేరు

1.1) లింగం : పురుషుడు / స్త్రీ

1.2) పుట్టిన తేదీ A

1.3) చిరునామా:

1.4) మండలం:

1.5) జిల్లా:

1.6) పిన్ కోడ్:

1.7) టెలిఫోన్ నెంబరు:

1.8) మొదటి నెంబరు:

2) అభ్యర్థికి శిక్షణ ఇచ్చిన కుటుంబ పెద్దలు / గురువుల వివరాలు:

2.1) పూర్తి పేరు:

2.2) సంబంధం:

2.3) చిరునామా:

2.4) మండలం:

2.5) జిల్లా:

2.6) పిన్ కోడ్:

2.7) టెలిఫోన్ నెంబరు:

2.8) మొదటి నెంబరు:

3) టెనిహాచ్ఛిగా ప్రాక్టీసు చేస్తున్న అభ్యర్థి అనుభవం: \_\_\_\_\_ సంవత్సరాలు

4) ధృవీకరణ కొరకు ఎంచుకొన్న రంగం (వర్తించే వాటిపై టిక్ పెట్టండి)

☐ సాదారణ వ్యాధులు

☐ సాంప్రదాయ వనం

☐ కామిధు

☐ విరిగిన ఎముకలను సరిచేయుట

☐ విష సంబంధ కాళ్లు

☐ కీళ్ల నొప్పులు/కళ్ళవాతాలు

5) మీరు ప్రాక్టీసు చేసే ఇతర రంగాలు: i)

ii)

iii)

6) మదింపు కోసం ఎంచుకున్న భాష:

7) గతంలో మీరు ఏదేనీ పేరర్పించి రిజిస్టర్ అయ్యారా? ☐ అవును / ☐ కాదు

8) గతంలో మీ దరఖాస్తును తిరస్కరించడం జరిగిందా? ☐ అవును / ☐ కాదు

9) ఇదే పథకం క్రింద ఇప్పటికే ధృవీకరణ పొందివుంటే, లేదా టిడియకు దరఖాస్తు చేసే వుంటే, మీ దరఖాస్తు సంఖ్య తెలియజేయండి

**ధృవీకరణ:** నాకు ఉన్న జ్ఞానం, సామర్థ్యం మొదలు నా కుటుంబ పెద్దలు / గురువులు ఇచ్చిన శిక్షణ మొదలు, ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణలో భాగంగా మూలికల ద్వారా సాంప్రదాయ/ బానసద చికిత్సను అందిస్తున్నానని నా కేసులకు అలోపతి లేదా హోమియోపతి మందులతో చికిత్స చేయనని ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాను. పైకి తెలియజేసిన సమాచారం నాకు తెలిసినంత వరకు వాస్తవమేనని ఇందుమూలంగా పేర్కొంటున్నాను.

పత్య అభివృద్ధి రహితం ఆ పాస్ పోర్టు పైకి ఫోటోగ్రాఫ్ను జత చేశాను.

చేతి:

అభ్యర్థి సంలకం లేదా వేలి ముద్ర

ప్రాంతం:



## గ్రామ పంచాయతీ ఆమోదం

### గ్రామ సభ / గ్రామ పంచాయతీ / స్థానిక ప్రభుత్వం ఎండోర్స్మెంట్

( (ఎ) గుర్తింపు (బి) స్థానిక చిరునామా (సి) ప్రాక్టీసు చేస్తున్న సంవత్సరాలు (డి) ప్రాక్టీసు చేస్తున్న రంగం (ఇ) మీ గ్రామ కమ్యూనిటీలో  
తినిహెచ్చి ఐఐఐఎం లను ఎక్కడో)

శ్రీ / శ్రీమతి / కుమారి \_\_\_\_\_ కుమారుడు / కుమార్తె / భర్త / భార్య శ్రీ /  
శ్రీమతి \_\_\_\_\_ టిసిహెచ్ఐగా \_\_\_\_\_ గ్రామం  
\_\_\_\_\_ పోస్ట్ \_\_\_\_\_ జిల్లా \_\_\_\_\_ రాష్ట్రంలో  
\_\_\_\_\_ సంవత్సరాలుగా ప్రాక్టీసు చేస్తున్నారని తెలియజేస్తున్నాము.

అశేడు / ఆసె సాంప్రదాయ, సాముదాయ ఆరోగ్య రక్షణ సేవలను క్రింది అంశాలకు సంబంధించి  
అందిస్తున్నారు. ( చర్చించే వాటిపై టిక్ చేయండి)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> సాధారణ వ్యాధులు  | <input type="checkbox"/> సాంప్రదాయ ప్రసవం           |
| <input type="checkbox"/> కామర్లు          | <input type="checkbox"/> విరగిన ఎముకలను సరిచేయటం    |
| <input type="checkbox"/> విష సంబంధ కాట్లు | <input type="checkbox"/> రోళ్ల నొప్పులు/రోళ్లవాతాలు |

సాంప్రదాయ సాముదాయ ఆరోగ్య రక్షణ సేవలను అందించే వ్యక్తి (టిసిహెచ్ఐ) గా శ్రీ / శ్రీమతి  
\_\_\_\_\_ సేవలు మా గ్రామానికి ఎంతో ఉపయోగకరంగా ఉన్నాయి.

తేదీ: \_\_\_\_\_ సంతకం: \_\_\_\_\_

ప్రాంతం: \_\_\_\_\_ పేరు: \_\_\_\_\_

సీల్:

(టిసిహెచ్ఐ నివసిస్తున్న ప్రాంతపు గ్రామ సభ / గ్రామ పంచాయతీ / స్థానిక ప్రభుత్వ సర్పంచ్  
లేదా కార్యదర్శి నుంచి ఈ డాక్యుమెంట్ను తీసుకోవాలి)



పారం పర్య వైద్య సంఘం సభ్యునిగా నమోదు చేసుకున్నందుకు గాను సంఘమునకు విరాళము  
సభ్యత్వ రుసుము రూ.1000/- (వెయ్యి రూపాయలు ) బ్యాంక్ నందు క్రింది ఖాతాకు జమచేసిన రసీదును  
జరాఫ్తును జతచేయవలెను.

బ్యాంక్ ఖాతా : పారంపర్య వైద్య మహాసంఘం

ఖాతా నెం : 31110254508

బ్యాంక్ : స్టేట్ బ్యాంక్ ఆఫ్ ఇండియా, రామానుజ సర్కిల్ బ్రాంచ్, తిరుపతి.

ఐఎఫ్ఎస్ కోడ్ : యన్ బి ఐ యన్ 0010677