NATIONAL COUNCIL FOR TIBB

APPLICATION FORM
FOR REGISTRATION OF PRACTITIONERS OF UNANI / AYURVEDIC SYSTEMS OF MEDICINE

Three copies of passport size photograph.

یہاں پر تصویر گم سے چسپاں کریں، اور تصدیق کروائیں

To,

The Registrar,
National Council for Tibb,
Islamabad

Particulars of applicant:

1. Name in block letters(English) _____
   " " (Urdu) _____
2. Father's name (English) _____
   " " (Urdu) _____
3. Address; (a) Present _____
   (b) Permanent _____
   (in Urdu) _____
4. Date of Birth _____ 5. Sex _____ 6. Religion _____
7. Nationality _____ 8. Academic Qualification _____
9. Qualification on the basis of which registration is required:
   (a) Have you passed examination from any approved Institution? If so, give-
   (i) Name of the Institution **Tibbia College Gujranwala**
   (ii) Year of passing _____
   (iii) Degree / Diploma / Certificate obtained **FTJ**
   (iv) Roll No. _____ (v) Enrolment No. _____

سال	رول نمبر	حاصل کردہ نمبر

تصدیق کنندہ کا نام _____

تصدیق کنندہ کا عہدہ بمعہ مہر _____

تصدیق کنندہ کے ہاتھ سے کئے گئے دستخط _____

ذاتی موبائل نمبر _____

شناختی کارڈ نمبر _____

I shall abide by the rules and regulations laid under the Unani/Ayurvedic and Homoeopathic Practioners Act, 1965.

Dated _____ Signature of the applicant

CERTIFICATE

I certify that the applicant who has put his signature in my presence is not related to me and that the particulars given by him are true to the best of my knowledge.

Name, Signature, Designation & Seal

یہاں پر تصدیق کنندہ سے تصدیق کروائیں

Note: 1. The certificate must be signed by a first class Magistrate or an officer of Grade-17 or above or a member of the National Assembly or a Provincial Assembly or the Chairman of a Union Council.

2. The application must be accompanied by:-
   a. A bank draft or postal order of Rs.520/= drawn in favour of the council as registration fee.
   b. 3 copies of passport size photograph of the applicant and
   c. Photostate or attested copies of certificates, diplomas, degree and testimonials etc. duly attested by an officer Grade-16 or above.
3. Strike if not applicable.

کل رقم _____ فیس فی طالب علم _____ سیریل نمبر _____

بنک ڈرافٹ نمبر _____

تاریخ _____

نام بنک _____

شہر _____

کوڈ نمبر _____

TO BE FILLED IN BY THE OFFICE OF THE COUNCIL FOR TIBB, ISLAMABAD

The particulars noted above have been checked from the Office record and found correct.

Signature of Incharge Examination Section

Registration fee has been received vide
Receipt No. _____ Dated_____

Signature of Accountant

The applicant has been registered under Registration No._____

REGISTRAR

Note: - PLEASE WRITE DOWN NAME AND DATE.

NATIONAL COUNCIL FOR TIBB

CERTIFICATE

This is to certifiy that Hakim / Tabiba _____
S/o, D/o, W/o, _____ who passed his/her Fazal-e-Tib-Wal-Jarahat examination from the National Council for Tibb, in the year _____ under Roll No. _____ Enrolment has completed his/her six months apprenticeship period from _____ to _____ under my supervision. His/Her performance during apprenticeship period has been found satisfactory and he/she can run his/her clinic now, independently.

Signature of Applicant

Signature of attestor

_____

_____

Name: Hakim/Vaid/Tabiba _____

_____

Counter Signatures of Principal
Tabbia Colleges concerned.

Registration No. _____
Address _____
_____

****

Details of fee and documents required to be submitted with the application form for registration:-

1.	Registration Fee	Rs.	520/=
2.	Subscription of Al-Hikmat	Rs.	45-00
3.	ID card fee	Rs.	500.00
	Total	**Rs.**	**1065.00**

4. Copy of National Identity Card duly attested.
5. Copy of Matriculation Certificate attested.
6. Three (03) copies of Photographs.

NATIONAL COUNCIL FOR TIBB

CERTIFICATE

This is to certify that

Mr. / Ms. _____

S/O, D/O, _____ _____ who has passed his / her diploma / degree _____ **FTJ** _____ examination under Roll No. _____ Enrolment No. _____ in the year _____ from **Tibbia College Gujranwala**, College / University.

He/She has completed his / her, six / Twelve months (diploma /degree respectively) apprenticeship/ house job period from _____ to _____ under my supervision. His / Her performance during apprenticeship/ house job period has been found satisfactory and he / she can independently carryout clinical practice.

یہاں پر تصدیق صرف کوالیفائیڈ طبیب کرے گا

_____
Signature of Applicant

_____
Signature of attester.

Name: (attester) _____

_____

Registration No. (attester)_____

Address (attester) _____

_____

_____
Counter signature

Principal of the concerning Institute

****

مصدقہ تصویر یہاں چسپاں کریں

قومی طبی کونسل

National Council for Tibb

GOVERNMENT OF PAKISTAN

درخواست فارم برائے حصول شناختی کارڈ

صرف قومی طبی کونسل سے رجسٹرڈ یونانی و آیورویدک پریکٹیشنرز کے لیے

الف: درخواست دہندہ کے عمومی کوائف:

1۔ نام درخواست دہندہ (اردو) _____

انگریزی) بڑے حروف میں _____

2۔ ولدیت (اردو) _____

انگریزی) بڑے حروف میں _____

3۔ پتہ رہائش (موجودہ) _____ فون نمبر: _____

(مستقل) _____ فون نمبر: _____

(کلینک) _____ فون نمبر: _____

4۔ تاریخ پیدائش (بند سوں میں) _____ لفظوں میں _____

5۔ جنس (مرد / عورت) _____ 6) قومیت: _____ 7) مذہب: _____

8۔ قومی شناختی کارڈ نمبر

					—								—	

ب: درخواست دہندہ کے تعلیمی کوائف:

1۔ عمومی تعلیم

صرف ٹک کریں

میٹرک (سائنس / آرٹس)	درس نظامی	انٹرمیڈیٹ (سائنس / آرٹس)	بی اے / بی ایس سی
ایم اے / ایم۔ایس۔سی	ڈی ایچ ایم ایس	ایم بی بی ایس	ایم فل / پی ایچ ڈی

2۔ پیشہ ورانہ تعلیم (طب و آیورویدک) میں

الف۔ نام سند و سال فراغت: ایف۔ٹی۔جے

ب۔ نام طبی درسگاہ جہاں سے فارغ التحصیل ہوئے: یونانی طبیہ کالج گوجرانوالہ

ج۔ بورڈ آف یونانی اینڈ آیورویدک سسٹمز آف میڈیسن پاکستان / نیشنل کونسل فار طب پاکستان کا رجسٹریشن نمبر: _____

د۔ پاکستان کے علاوہ کسی ملک میں رجسٹریشن (اگر ہو تو) اداروں اور ملک کا نام اور رجسٹریشن نمبر: _____

ج: پیشہ ورانہ تجربہ:

مطب: (سال _____ تا سال _____) (پتہ جہاں تجربہ حاصل کیا) _____

خصوصی توجہ:

جو خواتین تصویر نہ دینا چاہیں، تصاویر والے دونوں خانوں میں اپنے دائیں ہاتھ کا انگوٹھا ثبت کریں

مصدقہ تصویر یہاں چسپاں کریں

پتہ ترسیل فارم

قومی طبی کونسل

سیکٹر G-5/2 شاہراہ دستور

پاکستان اکیڈمی آف سائنسز بلڈنگ، اسلام آباد، پاکستان