FORM IV-A

UAH Rules 1980

GOVERNMENT OF PAKISTAN
MINISTRY OF NATIONAL REGULATIONS AND SERVICES
NATIONAL COUNCIL FOR TIBB ISLAMABAD
APPLICATION FORM FOR RENEWAL OF REGISTRATION OF PRACTITIONERS OF UNANI & AYURVEDIC SYSTEM OF MEDICINE

051-9240074-75

To

The Registrar,
National Council for Tibb
Islamabad.

Three Attested Copies of Passport size Photograph

تصویر گوند سے چپکانے کے بعد تصدیق کروائیں۔

Particulars of Applicant درخواست دہندہ کے کوائف

نام اردو میں _____

ولدیت _____

1. Name in English (BLOCK LETTERS)

2. Father's Name (BLOCK LETTERS)

3. Address (a) Permanent مستقل پتہ _____

(b) Present Postal ڈاک کیلئے موجودہ پتہ _____

© Matab / Clinic مطب کا پتہ _____

(d) E-mail برقی پتہ _____

4. Date of Birth تاریخ پیدائش ___ – ___ – ____

5. Sex جنس Male ☐ مرد Female ☐ عورت

6. Religion مذہب _____

7. Nationality قومیت _____

8. C.N.I.C. # شناختی کارڈ نمبر _____ – _____ – _____

9. NCT Reg. Card No. رجسٹریشن کارڈ نمبر _____

10. NCT Registration No. رجسٹریشن نمبر _____ – _____

11. Date of Registration تاریخ رجسٹریشن ___ – ___ – ____

12. Date of Renewal تاریخ تجدید رجسٹریشن ___ – ___ – ____

13. Valid upto تاریخ کارآمدگی ___ – ___ – ____

14. Phone # Residence فون رہائش _____ Matab/Clinic فون مطب _____ Clell # موبائل فون _____

Professional Experience پیشہ وارانہ تجربہ

(i) Teaching Experience تدریسی تجربہ _____

(ii) Publications تصنیفات _____

(iii) Research تحقیق _____

(iv) Practical Experience عملی تجربہ _____

(v) Basic Knowledge of Unani/Ayurevdic یونانی اور آیورویدک کی تعلیم _____

I solemnly declare that the above information given by me is true to the best of my knowledge and belief, and that nothing has been withheld or concealed. I shall abide by the rules and regulations made under the Unani,Ayurvedic & Homoeopathic Practitioners Acts, 1965.

Date _____

Signature of the Applicant
دستخط درخواست دہندہ

CERTIFICATE

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

Name & Designation _____

CNIC # _____ – _____ – _____

_____
Signature & Stamp / Seal

Note: The certificate must be signed by one of the follwoing:

1 District Coordinator Officer (DCO)
2 Executive District Officer of Revenues (EDOR).
3 Superintendent / Deputy Superintendent of Police.
4 Judicial Magistrate.
5 Gezetted Officer of grade 17 or above.
6 A Member of National Assembly of Provincial Assembly

P.T.O.
ورق پلٹئے

Important Instructions

The application must be accompained by:

(a) **A bank draft of Rs. 510/- in favour of National Council of Tibb , Islamabad.**
(b) **Three Attested Copies of passport size photograph of the applicant &**
© **Photostat of certificate of registration & C.N.I.C duly attested by gazetted officer.**

ضروری ہدایات

درخواست بھجواتے وقت ذیل میں درج تمام کاغذات منسلک کرنا نہ بھولیں ورنہ درخواست مسترد کردی جائے گی۔ جس کی تمام تر ذمہ داری درخواست دہندہ پر ہوگی۔

۱۔ مدت رجسٹریشن، تجدید رجسٹریشن ختم ہونے کے ساٹھ (60) یوم کے اندر تجدید رجسٹریشن کی درخواست بمعہ بنک ڈرافٹ (فیس) دفتر قومی طبی کونسل اسلام آباد میں جمع نہ کروانے کی صورت میں آپ غیر قانونی طبیب/پریکٹیشنر قرار پائیں گے جس کے نتیجے میں قانونی کاروائی کا سامنا ہوسکتا ہے۔

۲۔ مبلغ 510 روپے کا بنک ڈرادٹ/پے آرڈر (فیس تجدید رجسٹریشن و قیمت فارم 10 روپے) بنام رجسٹرار نیشنل کونسل فار طب اسلام آباد (فیس کی یہ شرح) مدت رجسٹریشن ختم ہونے کے ساٹھ (60) یوم کے اندر اندر بنک ڈرافٹ/پے آرڈر/فیس جمع کروانے کی صورت میں ہوگی)۔

۳۔ تین عدد مصدقہ پاسپورٹ سائز تصاویر بشمول وہ تصویر جو فارم ہذا پر چسپاں کر کے تصدیق کروائی گئی ہے۔

۴۔ رجسٹریشن سرٹیفکیٹ اور قومی شناختی کارڈ کی فوٹوسٹیٹ/نقول منسلک کریں جو کم از کم گریڈ 17 گزیٹڈ آفیسر سے تصدیق شدہ ہوں۔

۵۔ فارم پر مکمل کوائف درج کریں۔ نامکمل فارم مسترد کر دیا جائے گا۔

To be filled by the Applicant درخواست دہندہ پُر کرے۔

DD/P.O/Receipt No. _____ **Dated** _____ **Amount (Rs)** _____

Bank Name, Branch _____ **Branch code** _____

City _____

Signature of the Applicant
دستخط درخواست دہندہ

For Office Use Only

Verification of Fee by Accounts Section

Signature of Accountant

Found Attached:

	Yes	No
3 Attested Photographs	☐	☐
Attested Photocopy of C.N.I.C	☐	☐
Attested Photocopy of Registration Certificate	☐	☐
Application form duly filled in	☐	☐

Verified from Original Register. Record Available at Page No. _____

Registration No. _____ **Registration Date** _____

May be processed _____

Objection (if any) _____

_____ _____
Countersigned by Incharge **Signature with Name Dealing Personnel**

Renewal Certificate Sr. No. _____ **Issued on** _____

Valid upto _____ **Entered at Renewal Register Sr. No.** _____

_____ _____
Date **Register NCT**

لیگل کے سائز کے 80 گرام کے عمدہ کاغذ پر درخواست فارم کی فوٹو کاپی استعمال کی جاسکتی ہے۔