



राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग

National Commission for Homoeopathy

(Board of Ethics and Registration for Homoeopathy)

Jawahar Lal Nehru Bhartiya Chikitsa Avum Homoeopathy Anusandhan Bhavan
No.61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, Janakpuri, New Delhi-110 058

Phone: (Direct) 28525582
28520607
Email:berh.nch@gmail.com
Website www.nch.org.in

No. 2-1/2021-NCH (BERH)/ 2521

Dated :

02 NOV 2021

Public Notice


It is hereby informed that under the provision of section 23 of HCC Act, 1973 and HCC(Registration) Regulations, 1982 made there under by the erstwhile Central Council of Homoeopathy (CCH), applications were being invited by CCH for direct registration, to enroll the names in Central Register of Homoeopathy (CRH). The Board of Governors of erstwhile CCH in its meeting held on 18.06.2020 decided that Homoeopathic Practitioners whose names were already enrolled in CRH, need not require to apply in Form 'A'.

CCH has been dissolved and National Commission for Homoeopathy (NCH) has been constituted w.e.f. 05.07.2021, under section 3 of NCH Act, 2020. The responsibility for preparation of National Register for Homoeopathy has been assigned to Board of Ethics and Registration for Homoeopathy (BERH), in the revised format notified by Ministry of AYUSH on 01.06.2021. New formats are informed to State Boards/Councils. Thus, to continue to enroll the names in the CRH after notification of new format under the provisions of NCH Act, 2020, is not possible after 05.07.2021. Therefore, the Commission in its meeting held on 26.10.2021, decided to send back all such requests of the applicants which were received after constitution of NCH or before that.

However, the CRH so notified till 05.07.2021 is available at NCH website namely <http://nch.org.in> and the Homoeopathic Practitioners who are registered with State Boards / Councils, may check their enrollment details in CRH. All new entries in the National Register for Homoeopathy, shall be made on the basis of names sent by the respective State Homoeopathic Boards / Councils through State Registers in the revised format as notified on 01.06.2021.

To avoid any hardship and till new regulations are notified, the qualified Homeopathic Doctors who are practicing in the States/UTs having no State Homoeopathic Board / Council and they even did not obtain registration from any other State / UT, may apply to BERH of NCH for Direct Registration in the Registration Form which is available at NCH Website www.nch.org.in.

To, - All Councils/Boards
- Homoeopathic Medical Colleges.


(Dr. Pinakin N. Trivedi)
President, BERH

**National Commission for Homoeopathy
JANAKPURI, NEW DELHI-58**

Application Form for Registration

(to be used only by the Practitioners of such States / Union Territories where no
Homoeopathic Registration Board / Council/ Authority exists).

Please
staple one
unattested
photo here

Self-
Attested
Photograph
to be pasted

To,

President (BERH),
National Commission for Homoeopathy,
New Delhi

Dear Sir,

I hereby request that my name and other particulars as mentioned below may be entered in the National Register of Homoeopathy.

1. पूरा नाम :
(बड़े अक्षरों में) :
Full Name
(IN BLOCK LETTERS) :
2. पिता का नाम (बड़े अक्षरों में) :
Father's name (IN BLOCK LETTERS) :
3. पत्र-व्यवहार का वर्तमान पता :
Present correspondence address :
4. स्थायी पता :
Permanent address :
5. आधार संख्या :
Aadhaar number:
6. ई-मेल पते के साथ फोन, फैक्स और मोबाइल नम्बर :
Phone, Fax and mobile numbers with e-mail address :
7. जन्म की तारीख और राष्ट्रियता :
Date of birth and Nationality :

8. प्राप्त की गई चिकित्सा उपाधि का नाम और विश्वविद्यालय का नाम अर्हता उत्तीर्ण करने का मास और वर्ष :
Name of medical degree obtained and University with the month and year of passing qualification :

9. वह स्थान जहाँ आवेदक ने ऐसी अर्हताओं के लिए इंटर्नशिप प्रशिक्षण ग्रहण किया और ऐसे इंटर्नशिप प्रशिक्षण की अवधि।
Name of the institution and address where the applicant received internship training for such qualification and the period of such internship training.

10. अध्यापन या अनुसंधान या व्यवसाय के प्रयोजनों के लिए पूर्ण पता सहित अस्पताल या संस्थान का नाम :
Name of hospital or institute with complete address for purposes of teaching or research or practice of medicine :

11. संस्था या अस्पताल में उस व्यक्ति का नाम, जो संबंधित डॉक्टर द्वारा प्रदान की जाने वाली रोगी की देखभाल संबंधी विधिक मुद्दों के लिए उत्तरदायी होगा :
Name and designation of person in institution or hospital who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned :

- II. मैं निम्न की एक स्व-प्रमाणित प्रति संलग्न/अग्रेषित कर रहा हूँ :

I forward herewith self attested copy each of :

- i) जन्म प्रमाण पत्र साक्ष्य हेतु मैट्रिकुलेशन प्रमाण-पत्र अथवा माध्यमिक विद्यालय प्रमाण पत्र अथवा पासपोर्ट अथवा अन्य कोई दस्तावेज।
Matriculation Certificate or Secondary School Certificate or passport or birth certificate or any other document regarding proof of date of birth.
- ii) इंटर्नशिप पूर्णता प्रमाण-पत्र।
Internship completion certificate.
- iii) मेरे द्वारा धारण की गयी आयुर्विज्ञानी अर्हता के संदर्भ में डिग्री प्रमाण पत्र की एक अनुप्रमाणित प्रति।
An attested copy of the degree certificate in respect of the medical qualification possessed by me.
- iv) अभ्यर्थी के निवास के पते की पुष्टि हेतु भारतीय चुनाव आयोग द्वारा जारी पहचान पत्र, अथवा पासपोर्ट अथवा डाईविंग लाईसेंस/राशन कार्ड एक स्व-प्रमाणित प्रति।
Self attested copy of any document confirming the applicants residential address which may be Indian Election Commissions Identity Card or the Passport or the Driving License.
- v) आधार कार्ड स्व-प्रमाणित प्रति।
Aadhaar Card Self-attested.

III. पंजीकरण शुल्क रुपये 2000/- (रुपये एक हजार छःसौ सेवा शुल्क तथा रुपये चार सौ पंजीकरण शुल्क सहित रू0 दो हजार) राष्ट्रीय होम्योपैथी आयोग, दिल्ली अथवा नई दिल्ली के पक्ष में, को भुगतान योग्य पोस्टल आर्डर अथवा बैंक ड्राफ्ट स0.....।

Registration fee of Rs. 2000/- (Rupees two thousand including rupees four hundreds Registration Fees & one thousand six hundred as service charges only) remitted by online or Bank Draft No..... **in favour of 'National Commission for Homoeopathy' payable at Delhi at New Delhi.**

पाद टिप्पणी: आवेदन की अस्वीकार्यता की स्थिति में अभ्यर्थी को सेवा शुल्क वापस नहीं की जायेगी ।

N.B. In case of rejection of application the service charges shall not be refunded to the applicant.

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर दी गई विशिष्टियाँ मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही हैं । मैं _____ राज्य में रहता हूँ जहाँ कोई होम्योपैथिक बोर्ड/परिषद् मौजूद नहीं है और मैंने इस भाग में किसी अन्य राज्य बोर्ड/परिषद् से कोई पंजीकरण प्राप्त नहीं किया है।

I certify that particulars furnished above are true to the best of my knowledge and belief. I reside in the State/UT of _____ where no Homoeopathic Board/Council exists and I did not obtained any Registration from any other State Board/Council in the past.

भवदीय,
Yours faithfully,

(आवेदक के हस्ताक्षर)
(Signature of the applicant)

तारीख:
Date :
स्थान:
Place :

घोषणा और शपथ **DECLARATION AND OATH**

1. मैं सत्यनिष्ठा से प्रतिज्ञा करता हूँ कि मैं अपना जीवन मानव जाति की सेवा में समर्पित करूँगा।
I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity.
2. धमकी दिये जाने पर भी, मैं अपने चिकित्सीय ज्ञान का प्रयोग मानवता के लिए सिद्धांतों के विरुद्ध नहीं करूँगा।
Even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to laws of humanity.
3. मैं मानव जीवन का भरपूर आदर करूँगा।
I will maintain the utmost respect of human life.
4. मैं धर्म, राष्ट्रीयता, जाति, राजनैतिक मान्यताओं या सामाजिक प्रख्यति के आधार पर अपने रोगियों के बीच भेद-भाव नहीं करूँगा।
I will not permit considerations of religion, nationality, race, political beliefs or socrar standing to intervene between my duty and my patient.
5. मैं अपनी वृत्ति होम्योपैथी और/या जीव रसायनिक चिकित्सा पद्धति (टिशू उपचार) के सिद्धांतों के अनुसार शुद्ध अन्तःकरण और गरिमा के साथ करूँगा।
I will practice my profession with conscience and dignity in accordance with principles of Homeopathy and or in accordance with the principles of biochemic system of medicine (tissue remedies).
6. मैं पहले अपने रोगियों के स्वास्थ्य का ध्यान रखूँगा।
The health of my patient shall be my first consideration.
7. मैं उन बातों को गोपनीय बनाए रखूँगा जो मुझे गुप्त रूप से बताई जाएँगी।
I will respect the secrets which are confined to me.

8. मैं अपने अध्यापकों को यह सम्मान दूँगा और उनके प्रति कृतज्ञ रहूँगा जिनके वे अधिकारी हैं।
I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due.
9. मैं सभी प्रकार से यथाशक्ति वृत्ति की प्रतिष्ठा और महान परम्पराओं को बनाए रखूँगा।
I will maintain by all means in my power the honour and noble traditions of medical profession.
10. मेरे साथी मेरे भाई और बहन के समान होंगे।
My colleagues will be my brothers and sisters.
11. मैं सत्यनिष्ठा पूर्वक, स्वतंत्रता पूर्वक और कसम खाकर ये वचन देता हूँ।
I make these promises solemnly, freely and upon my honour.

Hahnemannian Oath

“मैं अपनी कसम खाकर यह शपथ लेता हूँ कि मैं होम्योपैथी की शिक्षा का उपयोग करूँगा अपना कर्तव्य करूँगा, अपने रोगियों के प्रति न्याय करूँगा और उन सभी बीमारों की सहायता करूँगा जो मेरे पास चिकित्सा के लिए आते हैं। मास्टर हैनिमैन की शिक्षा से मुझे प्रेरणा मिले और मुझे अपने उद्देश्य की प्राप्ति के लिए शक्ति मिले”।

“On my honour I swear that I shall practise the teachings of homeopathy, perform my duty, render justice to my patients and help the sick whosoever comes to me for treatment.

May the teachings of Master Hahnemann inspire me and may I have the strength for fulfillment of my mission”.

(Signature of the candidate)

Name:.....

Date:.....

- *विशेष नोट: घोषणा और शपथ आवेदक द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए और पंजीकृत होम्योपैथिक चिकित्सा व्यवसायी द्वारा विधियक द्वारा विधियत अनुप्रमाणित होनी चाहिए।
- *N.B.: The Declaration & Oath should be signed by the applicant and duly attested by a Registered Medical Practitioner of Homoeopathy.

Signature of Homoeopathic Doctor Attesting the Oath _____

Name of Attesting Homoeopathic Doctor _____

Regn. No. (with name of State Board) & Qualification of Attesting Doctor _____