



# इलेक्ट्रोहोम्योपैथी चिकित्सा परिषद ELECTROHOMEOPATHY MEDICAL COUNCIL

2/320, Vidhyadhar Nagar, Jaipur

## Application for EHCP Registration

To,  
The Registrar  
Electrohomeopathy Medical Council  
Jaipur-302 039

Sir/Madam,  
I request that my name and other particulars as mentioned below may be entered in the register of Electropath Maintained under the EHCP, by Laws.

### OFFICE USE

Reg. No.

Reg. Date

Expire Date

Full Name

Father's / Husband' Name

Date of Birth

Age

Sex

Qualification

MDEH

BEMS

DEHM

CEHP

OTHER

Name of Board

Board Reg. No.

Reg. Year

Residence Address

PIN

STD Coad

Phone

Mobile

E-mail

Clinic Address

PIN

STD Coad

Phone

Mobile

PHOTO

I hereby Declare that all the entries in the above are true to the best of my knowledge and belief.

Place : ..... Date : .....

No. of Enclosures :

Signature of Applicant

### शपथ - पत्र

1. मैं ..... शपथ लेता हूँ कि मानवता की सेवा करने में इस पद्धति का पूरा उपयोग करूंगा तथा हमेशा इलेक्ट्रोपैथी के विकास एवं परिषद को संबर्धित करने के लिए तन-मन-धन से कार्य करूंगा।
2. इलेक्ट्रोपैथी चिकित्सा परिषद के अहित में कार्य करते हुए पाये जाने पर मेरा नामांकन रद्द करने का अथवा दण्डित करने का अधिकार परिषद को होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर

नोट : इस फार्म के साथ संलग्न करें : - 1. तीन नवीन पासपोर्ट फोटो 2. बोर्ड, प्रेक्टिस रजि. सर्टिफिकेट (फोटोकॉपी) 3. रजिस्ट्रेशन फीस

### OFFICE USE ONLY

Received on \_\_\_\_\_ Receipt No. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Orders of Chairman (Date) \_\_\_\_\_

Signature of Chairman