// मध्यप्रदेश राजपत्र

(असाधारण)
प्राधिकार से प्रकाशित

क्रमॉक 456}   भोपाल, मंगलवार, दिनॉक 2 सितम्बर 1997—भाद्र 11, शके 1919

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल
भोपाल, दिनॉक 2 सितम्बर 1997

क्र. एफ 10—2—97—सत्रह—मेडि—3.—राज्य शासन द्वारा प्रदेश में गरीबी की रेखा के नीचे जीवन—यापन करने वाले ऐसे परिवार के सदस्य, जो जीवन घातक बडे रोगो से पीडित हो, को चिकित्सा सहायता पहुंचाने की दृष्टि से ''मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि नियम, 1997'' बनाये गये है, ये नियम जनसाधारण की सूचना हेतु एतद् द्वारा प्रकाशित किये जाने हैं.

(2) ये नियम इस अधिसूचना के मध्यप्रदेश राजपत्र में प्रकाशित होने के दिनांक से प्रवृत्त होंगे.

मध्यप्रदेश के राज्यपाल के नाम से तथा आदेशानुसार
आर.सी. स्वर्णकार, उपसचिव

मध्य प्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि से संबंधित नियम, 1997

1. संक्षिप्त नाम. — (1) इन नियमों का संक्षिप्त नाम म.प्र.राज्य बीमारी सहायता निधि नियम. 1997 है।

(2) ये नियम ऐसी तारीख से प्रवृत होंगे, जिसे राज्य सरकार ''मध्यप्रदेश राजपत्र'' में अधिसूचना द्वारा नियम करे.

2. परिभाषाएं.—इन नियमो में जब तक संदर्भ से अन्यथा न हो :—

(क) निधि से अभिप्रेत हैं, मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि

(ख) राष्ट्रीय निधि से अभिप्रेत हैं, भारत सरकार की राष्ट्रीय बीमारी सहायता निधि.

(ग) प्रबंध समिति से अभिप्रेत हैं, राज्य शासन द्वारा बीमारी सहायता निधि के प्रबंधन के लिए गठित समिति.

(घ) चिकित्सा संस्थान– चिकित्सा संस्थान से अभिप्रेत हैं, लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण विभाग एवं चिकित्सा शिक्षा विभाग के द्वारा मान्यता प्राप्त पंजीकृत चिकित्सालय/औषधालय/चिकित्सा संस्थान हैं, जो विभिन्न प्रकार के रोगो के इलाज करने के लिए प्राधिकृत हैं.

(च) दानदाता से अभिप्रेत, इन निधि में दान देने वाले व्यक्ति/संस्थाओं से हैं.

(छ) रोगी से अभिप्रेत उन रोगियों से हैं, जो जीवन घातक बडे रोगों से पीडित हों तथा गरीबी की रेखा के नीचे जीवन–यापन करने वाले परिवार के सदस्य हों.

(ज) गरीबी की रेखा से नीचे जीवन यापन करने से अभिप्रेत हैं, राज्य शासन द्वारा इस प्रयोजन के लिए परिवार की निर्धारित वार्षिक आय से कम आय होना.

3. राज्य स्तरीय समिति का गठन. – राज्य स्तरीय समिति में निम्नानुसार सदस्य रहेगें :–

1	प्रभारी मंत्री, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण	(अध्यक्ष)
2	प्रमुख सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण	(सदस्य)
3	प्रमुख सचिव, वित्त विभाग	(सदस्य)
4	संचालक, चिकित्सा शिक्षा	(सदस्य)
5	संचालक, चिकित्सा सेवायें	(सदस्य)
6	राज्य शासन द्वारा नामांकित 2 विधायक	(सदस्य)
7	राज्य शासन द्वारा नामांकित 2 ख्याति प्राप्त चिकित्सक	(सदस्य)
8	स्वास्थ्य आयुक्त	(सदस्य सचिव)

(इस समिति में इस प्रकार के 2 अशासकीय सदस्य भी सहयोजित किये जा सकेंगे, जिनके द्वारा निधि में उल्लेखनीय आर्थिक सहायता दी गई हो) समिति का पंजीयन सोसायटीज रजिस्ट्रेशन अधिनियम, 1973 के अधीन पंजीकृत किया जायेगा ।

4 निधि का गठन –

निधि की स्थापना राज्य शासन द्वारा स्वीकृत अनुदान से की जायगी। इस निधि में भारत से प्राप्त अंशदान, जमा राशि पर अर्जित ब्याज, दानदाताओं द्वारा दी गई दान की राशि भी सम्मिलित रहेगी, निधि का प्रबंध इस प्रयोजन के लिए गठित प्रबंध समिति द्वारा किया जायेगा, इस निधि के लेखों का अंकेक्षण किया जावेगा, निधि की राशि राष्ट्रीयकृत बैंक में स्वास्थ्य आयुक्त एवं संचालक स्वास्थ्य सेवायें के संयुक्त खाते में जमा की जायेगी ।

5 निधि से सहायता –
गरीबी की रेखा के नीचे जीवन–यापन करने वाले परिवार के रोगियों को जीवन घातक गंभीर बीमारियों के विशेषज्ञ इलाज, औद्योगिक दुर्घटना एंव कृषि उपकरणों के संचालन से हुई दुर्घटना के परिणामस्वरूप हुए आघात/चोट के उपचार, बम विस्फोट तथा प्राकृतिक आपदाओं से पहुंचे आघात के इलाज के लिये जिसके इलाज पर रूपये 25,000/– से अधिक व्यय अनुमानित हो, केवल एक बार सहायता दी जायेगी, यह सहायता केवल राज्य शासन द्वारा मान्यता प्राप्त पंजीकृत औषधालयों/चिकित्सालायें/चिकित्सा संस्थाओं आदि में इलाज कराने पर ही दी जायेगी, उक्त सहायता इस प्रयोजन के लिए गठित प्रबंध समिति द्वारा स्वीकृत करायी जायेगी, सहायता रोगी को न दी जाकर उक्त रेागी के इलाज हेतु संबंधित चिकित्सा संस्थान को दी जायेगी, राज्य निधि से अधिकतम रूपये 1.50 लाख की राशि स्वीकृत की जा सकेगी अधिक व्यय संभावित होने पर अतिरिक्त राशि के लिये भारत सरकार से सहायता प्राप्त की जायगी.

6 सहायता के लिये आवेदन पत्र –
इस हेतु निर्धारित प्रपत्र (परिशिष्ट क) पर संचालक चिकित्सा सेवायें, मध्यप्रदेश शासन को आवेदन करना होगा तथा आवेदन पत्र के साथ निम्नांकित प्रमाण पत्र/अभिलेख संलग्न करना अनिवार्य होगा :–

(क) मध्यप्रदेश के मूल निवासी प्रमाण पत्र
(ख) गरीबी की रेखा के नीचे जीवन–यापन करने वाले परिवार का सदस्य होने का कलेक्टर का प्रमाण पत्र,
(ग) पंजीकृत औषाधालय/चिकित्सा संस्थान से चिकित्सा पर संभावित व्यय का प्राक्कलन,
(घ) समिति राज्य के भीतर तथा राज्य के बाहर ऐसे चिकित्सा संस्थाओं का चयन करेगी, तथा उन्हे सूचीबद्ध करेगी, जो सस्ती से सस्ती दर पर अच्छी से अच्छी स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध करायेंगी, समिति अपने लिये उक्त चिकित्सा संस्थाओं में समिति द्वारा मान्य किये गये प्रकरणों की अनुमति प्रदान करेगी तथा संबंधित संस्थानों को निर्धारित दर के आधार पर भुगतान करेगी.
(च) समिति इस प्रकार के सूचीबद्ध चिकित्सा संस्थान एवं विभिन्न गंभीर रोगों के लिए निर्धारित उपचार व्यय की जानकारी समस्त जिलों के सिविल सर्जनों को उपलब्ध करायेगी एवं राज्य शासन की इस योजना का संपूर्ण जनता को प्रचार प्रसार के माध्यम से अवगत कराया जायेगा।

7 विविध –
(क) इस निधि से प्राप्त सभी दान/अंशदान आयकर (द्वितीय संशोधन) अध्यादेश 1996 (1996 का 32 वां), दिनांक 31/12/96 के अधीन आयकर अधिनियम, 1961 की धारा 80 के तहत आयकर के भुगतान से छूट रहेगी।
(ख) प्रबंध समिति की बैठक आवश्यकतानुसार की जायेगी, जिसमें समस्त लंबित प्रकरणों पर विचार किया जाएगा ।
(ग) प्रबंध समिति द्वारा स्वीकृत किए गए प्रकरणों का ब्यौरा प्रदेश के प्रमुख समाचार पत्रों में प्रत्येक त्रैमास प्रकाशित किया जाना होगा ।
(घ) इन नियमों में संशोधन एवं निर्वचन के अधिकार राज्य शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग को रहेंगे।
(च) बैठक के लिए गणपूर्ति–समिति के अधिकृत सदस्यों में आधे (1/2) सदस्यों की उपस्थिति बैठक में अनिवार्य होगी, सभी निर्णय सर्व सम्मति से लिए जायेंगे ।

(छ) समिति का कार्यकारी कार्यालय संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें के अधीन स्थापित किया गया है, जिसमें आवश्यकतानुसार सेवानिवृत्त अधिकारी संविदा आधार पर रखे जा सकेंगे।

निधि के निर्धारित प्रपत्र पर पूर्ण जानकारी प्रमाणीकरण कर 3 प्रतियो में दिया जावे. एक प्रति जिलाधीश को, दूसरी रोगी को व तीसरी बोर्ड के रिकार्ड में रखी जावे.

नोट :– सिविल सर्जन द्वारा प्रमाण–पत्र हस्ताक्षरित होने पर आवेदन–पत्र आवेदक द्वारा स्वयं/पत्र वाहक के साथ/डाक द्वारा स्वास्थ्य आयुक्त एवं सचिव, राज्य बीमारी सहायता कोष, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें मध्यप्रदेश, 5 वी मंजिल, सतपुडा भवन, भोपाल को प्रस्तुत किया जावें.

(आवेदन–पत्र भरने के निर्देश)

(1) आवेदन–पत्र जिला जिलाध्यक्ष कार्यालय/सिविल सर्जन कार्यालय अथवा जिला अस्पताल से उपलब्ध फार्म में अथवा निर्धारित प्रारूप में पठनीय हस्तलिपि/टाईप कराकर प्रस्तुत किया जाना चाहिये।

(2) आवेदन–पत्र के बिन्दु 1 से 9 तक का विवरण एवं आवेदक का घोषणा–पत्र पठनीय हस्तलिपि में अथवा टाईप कराकर भरा जा सकता है। आवेदन पत्र अपेक्षित जानकारी साफ–साफ और पूर्ण रूप से करी जानी चाहिये।

(3) आवेदन के बिन्दु क्रमॉक 9 तक की प्रविष्टियॉ करने और घोषणा–पत्र हस्ताक्षर के बाद इलाज कर रहे चिकित्सक का सु–स्पष्ट प्रमाण–पत्र अंकित करने के बाद इसे जिले के जिलाध्यक्ष को प्रस्तुत किया जाना चाहिये। जिले के कलेक्टर आवेदक के मूल निवासी एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले प्रमाण पत्र को अंकित करके आवेदन पत्र को संबंधित आवेदक को वापस करेगा जिसके बाद आवेदक को जिले के सिविल सर्जन कार्यालय/जिला अस्पताल में उपस्थित होकर सिविल सर्जन से अपनी जांच करानी चाहिये और सिविल सर्जन का प्रमाण पत्र अंकित कराना चाहिये।

सिविल सर्जन द्वारा हस्ताक्षरित प्रमाण–पत्र अंकित कराने के बाद आवेदन को आवेदक स्वयं, किसी पत्र वाहक के माध्यम से/डाक द्वारा स्वास्थ्य आयुक्त, राज्य बीमारी सहायता कोष, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश, 5 वी. मंजिल, सतपुडा भवन, भोपाल को भेजा जायें.

(4) जिन बीमारियों के लिये सहायता राशि दी जाना है उनके नाम निम्नानुसार है :–

मध्यप्रदेश राजपत्र
(असाधारण)
प्राधिकार से प्रकाशित

क्रमॉक 46} भोपाल, बुधवार, दिनॉक 25 जनवरी 2006—माघ 5, शके 1927

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल भोपाल, दनॉक 25 जनवरी 2006

क्र. एफ 10—1—2006—सत्रह—मेडि—3.—राज्य सरकार, एतद्द्वारा, मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि नियम, 1997 जो इस विभाग के क्र. एफ. 10—02—1997—सत्रह—मेडि.—3, दिनांक 2 सितम्बर 1997 में प्रकाशित किये गये हैं, में निम्नलिखित संशोधन करता हैं अर्थात :—

संशोधन

उक्त नियमों में, —

(1) नियम 3 में —

(क) मद 8 में शब्द ''स्वास्थ्य आयुक्त ''के सामने शब्द'' सचिव '' का लोक किया जाए.

(ख) मद 8 के पश्चात् निम्नलिखित मद अंतः स्थापित की जाए, अर्थात :—

'' 9 संचालक लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, सदस्य सचिव, ''

(2) नियम 3 के पश्चात् निम्नलिखित नियम जोडा जाए, अर्थात :—

3—क—प्रबंध समिति. — प्रबंध समिति में निम्नानुसार सदस्य होंगे :—

1. प्रभारी मंत्री, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण	अध्यक्ष
2. राज्य शासन द्वारा नामांकित चार अशासकीय सदस्य जिनमें दो विधायक हो	सदस्य सदस्य
3. प्रमुख सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण	सदस्य
4. स्वास्थ्य आयुक्त	सदस्य
5. संचालक, चिकित्सा शिक्षा	सदस्य
6. संचालक, चिकित्सा सेवायें	सदस्य
7. संचालक, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण	

3–ख–जिला स्तरीय समिति. – जिला स्तरीय समिति में निम्नानुसार सदस्य होंगे :–

1. जिला का प्रभारी मंत्री	अध्यक्ष
2. कलेक्टर	सदस्य
3. सिविल सर्जन	सदस्य
4. अध्यक्ष द्वारा नामांकित तीन अशासकीय व्यक्ति जिनमें एक विशेषज्ञ शामिल हो	सदस्य
5. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	सदस्य / सचिव

(3) नियम 4 के स्थान पर निम्नलिखित नियम स्थापित किए जाए, अर्थात :–

4. निधि का गठन. – निधि की स्थापना राज्य शासन द्वारा स्वीकृत अनुदान से की जायगी। इस निधि में भारत से प्राप्त अंशदान, जमा राशि पर अर्जित ब्याज, दानदाताओं द्वारा दी गई दान की राशि भी सम्मिलित रहेगी, निधि का प्रबंध इस प्रयोजन के लिए गठित प्रबंध समिति द्वारा किया जायेगा, इस निधि के लेखों का अंकेक्षण किया जावेगा, निधि की राशि राष्ट्रीयकृत बैंक में स्वास्थ्य आयुक्त एवं संचालक स्वास्थ्य सेवायें के संयुक्त खाते में जमा की जायेगी । निधि से जिला स्तर पर स्वीकृति प्रदान करने हेतु एक मुश्त राशि जिला स्वास्थ्य समिति अथवा शासन द्वारा निर्धारित अन्य समिति को दी जा सकेगी ।

(4) नियम 5 के स्थान पर निम्नलिखित नियम स्थापित किए जाए, अर्थात :–

5. निधि से सहायता. – गरीबी की रेखा के नीचे जीवन–यापन करने वाले परिवार के रोगियों को जीवन घातक गंभीर बीमारियों के विशेषज्ञ इलाज हेतु औद्योगिक दुर्घटना एंव कृषि उपकरणों के संचालन से हुई दुर्घटना के परिणामस्वरूप हुए आघात / चोट के उपचार हेतु बम विस्फोट तथा प्राकृतिक आपदाओं से पहुंचे आघात के इलाज के लिये जिसके इलाज पर रूपये 25,000 / – से अधिक व्यय अनुमानित हो, केवल एक बार सहायता दी जायेगी, यह सहायता केवल राज्य शासन द्वारा मान्यता प्राप्त पंजीकृत औषधालयों / चिकित्सालायें / चिकित्सा संस्थाओं आदि में इलाज कराने पर ही दी जायेगी, उक्त सहायता इस प्रयोजन के लिए गठित प्रबंध समिति द्वारा स्वीकृत करायी जायेगी, सहायता रोगी को न दी जाकर उक्त रोगी के इलाज हेतु संबंधित चिकित्सा संस्थान को दी जायेगी, जिला स्तरीय समिति द्वारा अधिकतम रूपये 75,000 / – की स्वीकृति दी जा सकेगी । रूपये 75,000 / – से अधिक का प्रकरण होने पर मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी उसे संचालनालय को अग्रेषित करेगा. जहां प्रबंध समिति द्वारा राज्य निधि से अधिकतम रूपये 1.50 लाख की राशि स्वीकृत की जा सकेगी. अधिक व्यय संभावित होने पर अतिरिक्त राशि के लिये भारत सरकार से सहायता प्राप्त की जायेगी.

(5) नियम 6 में. –

(क) ''संचालक चिकित्सा सेवाएं, मध्यप्रदेश शासन'' के स्थान पर ''जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी '' स्थापित किया जाए.

(ख) नियम 6 (च) को विलोपित किया जाये.

(6) नियम 7 में. –

(क) उप नियम (ग) में शब्द '' प्रत्येक त्रैमास '' के स्थान पर शब्द '' स्वीकृति के तत्काल बाद'' स्थापित किया जाए.

(ख) उप नियम (छ) में शब्द '' समिति '' के स्थान पर शब्द '' राज्य स्तरीय समिति'' स्थापित किया जाए.

(ग) नियम (छ) के पश्चात् निम्नलिखित नियम जोडा जाए, अर्थात :–

'' ज. जिला स्तरीय समिति प्रत्येक त्रैमास में स्वीकृत प्रकरणों का विवरण जिला योजना समिति के समक्ष प्रस्तुत करेगी.''

मध्यप्रदेश के राज्यपाल के नाम से तथा आदेशानुसार
डी. पी. सिंह, उपसचिव

मध्य प्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि से सहायता के लिये आवेदन पत्र का प्रारूप

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला.................................. मध्य
प्रदेश। सत्यापित फोटो

विषय :– राज्य बीमारी सहायता निधि से गरीबी की रेखा के नीचे जीवन–यापन करने वाले परिवारो को सहायता।

1. रोगी का नाम ....

2. आयु ....

3. पिता/पति का नाम ....

4. जाति–...(अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/पिछडा वर्ग/सामान्य)

5. व्यवसाय ....

6. परिवार की कुल आय ....

7. निवास स्थान/मकान नं...

   वार्ड क्रमॉक..ग्राम/नगर..
   तहसील... जिला ....मध्य प्रदेश।
   पिन कोड क्रमॉक ....

8. बीमारी का नाम जिसका इलाज कराना हैं ....

9. मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था जहां इलाज कराना हैं का नाम एवं प्राक्कलन ....
   ....

सत्यापन

मैं/हम सत्य निष्ठा से घोषणा करता हूँ/करते हैं कि आवेदन–पत्र में उपरोक्त समस्त विवरण मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार पूर्णतः सत्य हैं और कुल भी छिपाया नहीं गया हैं।

स्थान :–

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनॉक :–

(अंगूठा निशानी यदि अनपढ हो)

भाग–2

जिला कार्यालय द्वारा की जाने वाली कार्यवाही
आवेदक के मूल निवासी एवं गरीबी रेखा के नीचे जीवन–यापन करने

बाबत प्रमाण–पत्र।

प्रमाण–पत्र

1. प्रमाणित किया जाता हैं कि श्री/श्रीमती/कु. .... पिता/पति... मकान नं. ....वार्ड क्रमॉक.......................... मोहल्ला/नगर/ग्राम.. तहसील... .... जिला ....मध्य प्रदेश राज्य के मूल निवासी हैं और आवेदक द्वारा पत्र में उल्लेखित उपरोक्त विवरण की प्रारंभिक जॉच से यह संतुष्टि कर ली गई हैं कि आवेदक गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले परिवार का सदस्य हैं।

2. आवेदक श्री/श्रीमती/कु. ....पिता/पति......................... .... मकान नं. ....वार्ड क्रमॉक.......................... मोहल्ला/नगर/ग्राम.......................... .... तहसील.. जिला ....मध्य प्रदेश का नाम ग्राम पंचायत/नगर पंचायत/नगर निगम/नगर पालिका ....में गरीबी रेखा के नीचे जीवन–यापन करने वाले परिवारों के रजिस्ट्रर में क्रमॉक .... पर दर्ज हैं।

(उपर्युक्त प्रमाण–पत्र जिलाध्यक्ष द्वारा स्वयं हस्ताक्षरित किया जायेगा और ऐसा न होने पर आवेदन मान्य नही किया जा सकेगा)

जिलाध्यक्ष के हस्ताक्षर

एवं कार्यालय मुद्रा/सील

जिला.................................. (म.प्र.)

जिलाध्यक्ष द्वारा प्रमाण–पत्र हस्ताक्षरित होने पर आवेदक को सिविल सर्जन जिला अस्पताल के पास भेजा जायेगा जो आवेदक का परीक्षण करके निम्नालिखित प्रमाण पत्र अंकित करेगा।

भाग–3
(सिविल सर्जन का प्रमाण–पत्र)

जिलाध्यक्ष जिला...के पत्र...

..................................के संदर्भ में प्राप्त आवेदन–पत्र में दर्ज रोगी श्री/श्रीमती/कु. ....

..........................उम्र..................................पिता/पति.. मकान नं. ....

वार्ड कमॉक.......................... मोहल्ला/नगर/ग्राम.. तहसील.................

.... जिला ....मध्य प्रदेश का परीक्षण मेरे द्वारा

डॉ0/विशेषज्ञ...से किया गया।

मैं संतुष्ठ हूँ कि रोगी श्री/श्रीमती/कु..

रोगा नाम .... से पीडित हैं और समुचित इलाज हेतु ....

.... चिकित्सालय भेजना प्रस्तावित हैं। रोगी की दशा

एवं पूर्ण इलाज का ब्यौरा निम्नालिखित हैं।

....

....

....रोग के इलाज पर होने वाला व्यय मान्यता प्राप्त चिकित्सालय

द्वारा निर्धारित दर अनुसार राशि रूपये .... होगा।

दिनॉक :–

सिविल सर्जन के हस्ताक्षर
विशेषज्ञ के हस्ताक्षर
एवं कार्यालय की मुद्रा/सील

चैक लिस्ट–

1. गरीबी रेखा के नीचे जीवन–यापन करने का प्रमाण पत्र जिलाध्यक्ष द्वारा हस्ताक्षरित हैं/नही
2. सिविल सर्जन द्वारा रोग का प्रमाण पत्र प्रमाणित हैं/नही
3. मान्यता प्राप्त अस्पताल का नाम जहॉ इलाज किया जाना हैं एवं इलाज पर होने वाले व्यय का प्राक्कलन संलग्न हैं/नही

उपरोक्त प्रमाणीकरण 3 प्रतियों में दिया जावे। एक प्रति जिलाध्यक्ष को, दूसरी रोगी का एवं तीसरी प्रति बोर्ड के रिकार्ड में रखी जावें।