

रक्तकोष की स्थापना हेतु अनापत्ति प्रमाण-पत्र के सम्बन्ध में मुख्य चिकित्सा अधिकारी की आख्या का प्रारूप

1. स्थापित किए जाने वाले रक्तकोष का नाम व पूर्ण पता:
ई-मेल: फोन नं.:
2. आवेदक का नाम:
3. संस्था का नाम व पता: ई-मेल:
..... फोन नं.:
4. संस्था का प्रकार: सोसाइटी/ट्रस्ट/अन्य: चैरिटेबल/वालण्टरी:.....
5. संस्था द्वारा कृत कार्यों (रक्त सुरक्षा/स्वैच्छिक रक्तदान/स्वास्थ्य) का विवरण जो स्वास्थ्य विभाग के साथ मिलकर किए गए हों:
.....
6. संस्था की ख्याति:
7. रक्तकोष स्थापित करने का उद्देश्य:.....
8. स्थापित किए जाने वाला रक्तकोष किन चिकित्सालयों से सम्बद्ध है तथा रक्त यूनिटों की वार्षिक आवश्यकता:

चिकित्सालय नाम	कुल बिस्तरों की संख्या	कुल सर्जरी की संख्या (प्रतिवर्ष)	कुल रक्त यूनिट की आवश्यकता (प्रतिवर्ष)

9. संस्था द्वारा स्थापित किए जाने वाले रक्तकोष (उपकरणों, स्टाफ की उपलब्धता एवं प्रशिक्षण आदि) पर टिप्पणी:
.....
10. संस्था द्वारा स्थापित किए जाने वाले रक्तकोष से अन्य रक्तकोष की दूरी: किमी0
11. रक्तकोष/रक्त अवयव इकाई की आवश्यकता पर टिप्पणी (क्षेत्र की आवश्यकता के आधार पर):
.....
12. मुख्य चिकित्साधिकारी की संस्तुति:

उपरोक्त आधारों पर संस्था को रक्तकोष लाइसन्स प्रदान करने हेतु अनापत्ति प्रमाण-पत्र निर्गत करने की संस्तुति:

- संस्तुति की जाती है।
- संस्तुति नहीं की जाती है।

(कृपया चुने विकल्प के आगे सही ✓ का निशान अंकित करें)

दिनांक:.....

मुख्य चिकित्सा अधिकारी

संलग्नक: कृत कार्यों (रक्त सुरक्षा/स्वैच्छिक रक्तदान/स्वास्थ्य सम्बन्धी) का विवरण।