

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

1. नवीनीकृत किए जाने वाले रक्तकोष का नाम व पूर्ण पता:
एस0बी0टी0सी0 रजि0 नं0:.....
 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. पूर्व में रक्तकोष की प्राप्त शिकायत पर टिप्पणी:.....
8. नवीनीकृत किया 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. नवीनीकृत किए जाने वाले रक्तकोष (उपकरणों, स्टाफ की उपलब्धता एवं प्रशिक्षण आदि) पर टिप्पणी:-

10. 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 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।