

بیلٹھ سرٹیفیکیشن فارم

بنام نگہداشتِ صحت کے پیشہ ور ماہرین:

یہ فارم ایپرنس انہینسمنٹ یا حجامت کے پیشے کے لائسنس کے لیے اپلائی کرنے والے ان خواہشمند افراد کے لیے استعمال کیا جانا چاہیے جن کا فزیشن، معاون از فزیشن یا نرس پریکٹیشنر کی جانب سے معائنہ درکار ہے۔ براہ کرم اس فارم کے ذیلی حصے کو مکمل کریں اور فارم پر دستخط اور تاریخ درج کریں۔

بنام درخواست دہندہ برائے ایپرنس انہینسمنٹ اور/یا باربر:

آپ کو کاسمائولوجی، ایسٹھیٹکس، مہارتِ ناخن تراشی، قدرتی بالوں کے اسٹائل، ویکسنگ اور حجامت میں لائسنس کے لیے اپلائی کرنے کے لیے جسمانی معائنہ کروانے کی ضرورت ہو گی۔ آپ کے فزیشن، معاون از فزیشن یا نرس پریکٹیشنر پر اس بیلٹھ سرٹیفیکیشن کو مکمل کرنا، دستخط کرنا اور تاریخ درج کرنا لازم ہے۔ آپ کو اس ایگزامینیشن کی تاریخ سے 30 دنوں کے اندر لائسنس کی آن لائن درخواست جمع کروانا لازم ہے۔

ہدایات:

جب آپ اپنے لائسنس کے لیے آن لائن اپلائی کر رہے ہوں، تو براہ کرم ذیل میں موجود سرٹیفیکیشن میں شامل معلومات کو استعمال میں لائیں۔ آپ کو اس فارم پر موجود معلومات کو سسٹم کے اندر موجود بیلٹھ سرٹیفیکیشن فیلڈز میں درج کرنے کی ضرورت ہو گی۔

براہ کرم نوٹ فرمائیں: یہ مکمل کردہ بیلٹھ سرٹیفیکیشن فارم ایک تفتیش کار کی جانب سے آڈٹ سے مشروط ہے تاکہ اس تقاضے کے مطابق تعمیل کو یقینی بنایا جا سکے۔ اس فارم کا ثبوت آڈٹ مقاصد کے لیے 3 سالوں تک آپ کی کام کرنے کی جگہ پر موجود ہونا چاہیے۔

بیلٹھ سرٹیفیکیشن:

میں ایک باضابطہ لائسنس یافتہ فزیشن G، باضابطہ لائسنس یافتہ معاون از فزیشن G، یا باضابطہ لائسنس یافتہ نرس پریکٹیشنر G ہوں، اور بیان کرتا/کرتی ہوں

کہ اس درخواست پر نامزد فرد _____ کے مورخہ _____
(درخواست دہندہ کا نام)

_____ کو معمول کے مطابق کیے گئے معائنے میں، میں نے _____
(جسمانی معائنے کی تاریخ)

متعدی یا پھیلنے والی ایسی کسی بیماری کی موجودگی کا کوئی طبی ثبوت نہیں پایا جو درخواست دہندہ کے عوام الناس میں اپنے پیشے پر مصروف عمل رہنے سے کسی فرد کی صحت یا سلامتی کے لیے کسی براہ راست یا سنگین خطرے کا باعث ہو۔

فزیشن کا نام درج کریں: _____ تاریخ: _____

پریکٹس کا پتہ: _____

فزیشن کے دستخط: _____ عہدہ: _____