

**प्रशिक्षण केन्द्र स्थापनार्थ**  
**प्रार्थी/प्रार्थनी द्वारा हिन्दी भाषा में देय**  
**शपथ-पत्र**

सेवा में,  
सचिव महोदय,  
बोर्ड ऑफ नैचुरोपैथिक एण्ड योगा सिस्टम दिल्ली एवं  
नैचुरोपैथिक एण्ड योगा शिक्षा संस्था (रजि0) भारत सरकार दिल्ली

मैं.....सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी श्री.....  
निवासी.....

.....ने  
बोर्ड ऑफ नैचुरोपैथिक एण्ड योगा सिस्टम दिल्ली एवं नैचुरोपैथिक एण्ड योगा शिक्षा संस्था (रजि0) भारत सरकार दिल्ली के  
सभी नियम एवं उपनियम भली भाँति पढ़ एवं समझ लिये हैं तथा भविष्य के सभी नियमों का पालन करूँगा/करूँगी। तथा मैं  
यह जानता/जानती हूँ कि -

1. नैचुरोपैथिक एवं योगा चिकित्सा एक सरल, स्वतंत्र व प्राकृतिक वनस्पतियों, प्राकृतिक तत्वों पदार्थों, शारीरिक योग क्रियाओं पर आधारित चिकित्सा विज्ञान है।
2. नैचुरोपैथिक एवं योगा अन्य चिकित्सा विज्ञानों की तरह से ही एक सरल, स्वतंत्र व प्राकृतिक चिकित्सा विज्ञान है।
3. इस चिकित्सा विज्ञान का प्रचार प्रसार, शिक्षा एवं चिकित्सा कार्य रजि0एक्ट 21,1860 के अर्न्तगत संचालित है तथा नैचुरोपैथिक एवं योगा शिक्षा संस्था (रजि0) भारत सरकार दिल्ली इसके लिये अधिकृत है। नैचुरोपैथिक एवं योगा शिक्षा संस्था (रजि0) भारत सरकार दिल्ली, स्ववित्तपोषित संस्था है।
4. नैचुरोपैथिक एवं योगा चिकित्सा विज्ञान के ज्ञानवर्धन हेतु D.N.Y.S., / B.A.M.S.(Naturopathic), / N.D पाठ्यक्रम जो केवल प्रमाण पत्र (सर्टिफिकेट) कोर्स है, के संचालन हेतु मैं अपनी समस्त शुल्कों का भुगतान यथा समय करता रहूँगा, शुल्क यथा समय जमा न कर सकने या किसी भी प्रकार की अनुशासनहीनता की स्थिति में या किसी भी प्रकार की अवैध व असंवैधानिक गतिविधियों में संलिप्त होने की स्थिति में मेरी सम्बधता एवं मान्यता उपरोक्त संस्था से समाप्त किये जाने पर मुझे कोई आपत्ति नहीं होगी, तथा ऐसी परिस्थिति में होने वाली किसी भी प्रकार की हानि के लिए मैं व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार होते हुए मुझे किसी प्रकार के दावे का अधिकार भी नहीं होगा।
3. मैं स्वस्थ मन व मस्तिष्क से सोच-समझ कर बिना किसी दवाव के स्वेच्छा से नैचुरोपैथिक एवं योगा चिकित्सा विज्ञान का प्रचार प्रसार, शिक्षा एवं चिकित्सा कार्य के विकास में सहयोग हेतु उपरोक्त संस्था से सम्बधता एवं मान्यता ले रहा हूँ।
5. मैं संस्था से सदैव सम्पर्क बनाये रखूँगा/रखूँगी, तथा पूरे पाठ्यक्रम का पूरे समय तक भली-भाँति अध्ययन एवं प्रयोगात्मक कार्य कराते हुये पाठ्यक्रम पूरा कराऊँगा/कराऊँगी, तथा पाठ्यक्रम उत्तीर्ण करने के पश्चात केवल प्राकृतिक औषधियों से एवं योगा से ही चिकित्सा कार्य कराके समाज एवं देश की सेवा कराऊँगा/कराऊँगी।
6. नैचुरोपैथिक एवं योगा शिक्षा संस्था (रजि0) भारत सरकार दिल्ली व बोर्ड के सभी नियमों एवं निर्देशों का पालन करूँगा/करूँगी। किसी भी प्रकार की अनुशासनहीनता अथवा नियमों एवं निर्देशों की उपेक्षा करने की स्थिति में दिये गये आर्थिक दण्ड का भुगतान करूँगा/करूँगी।
7. नैचुरोपैथिक एवं योगा शिक्षा संस्था (रजि0) भारत सरकार दिल्ली व बोर्ड से संचालित पाठ्यक्रम व नैचुरोपैथिक एवं योगा चिकित्सा कार्य पर भविष्य में लागू होने वाले प्रदेश सरकार व भारत सरकार द्वारा बनाये गये नियम, दिशा निर्देश व शर्तें भी मुझे मान्य हैं।
8. मुझे पूर्णतः अवगत करा दिया गया है कि उक्त संस्था में शुल्क जमा करने से पूर्व निर्णय कर लेने के पश्चात ही उक्त संस्था में शुल्क जमा करे, क्योंकि किसी भी स्थिति में शुल्क वापिस करने का प्रावधान नहीं है।  
नोट:-उक्त शपथ पत्र मैने पढ़ एवं समझ लिया है तथा उक्त के प्रति मैं स्वयं उत्तरदायी रहूँगा।

दिनांक.....

हस्ताक्षर शपथ कर्ता