**༄༅། །བོད་ཀྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་སྨན་སྦྱོར་ཁང་ངམ་སྨན་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་དེབ་སྐྱེལ་ཆེད་ཞུ་སྙན།**

༄༅། །དཔལ་ལྡན་བོད་ཀྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་ལྷན་ཚོགས་ཀྱི་དྲུང་ཆེ་མཆོག་གི་དྲུང་དུ།

 གུས་གསོལ།

འདི་གའི་སྨན་སྦྱོར་ཁང་/ སྨན་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་ངོས་ལེན་ཡོང་སླད་ཟུར་གསལ་འགེངས་ཤོག་སྟེང་གི་ཆ་རྐྱེན་རྣམས་ཁ་གསལ་འགོད་ འབུལ་ཞུས་པ་དང་ཆབས་ཅིག་བརྩི་བཀུར་ཞུ་རྒྱུ་ལགས་ན་ཕྲན་མིང་……………………………………………………….. སྨན་སྦྱོར་ཁང་ / སྨན་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་………………………………………………………………………………………..

འདི་ཉིད་སྨན་སྦྱོར་ཁང་ / སྨན་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་ཞིག་ཏུ་དེབ་སྐྱེལ་ངོས་ལེན་སྐྱབས་འཇུག་ཡོང་བ་མཁྱེན།

གོང་མིང་པས་ཕྱི་ལོ་ ཟླ་ ཚེས་ ལ་ཕུལ།

 མཚན་རྟགས། ལས་དམ།

**༄༅། །བོད་ཀྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་སྨན་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་དེབ་སྐྱེལ་གྱི་འགེངས་ཤོག**

འགེངས་ཤོག་ཨང། ༣།ཀ

FORM No. 3-A

༡། སྨན་སྦྱོར་ཁང་/ སྨན་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་གྱི་མིང་།……………………………………

 Name of Pharmaceutical Company / Unit…………………………..

༢། ཁ་བྱང་། Address ………………………………………………………

 ……………………………………………………….

 ……………………………………………………….

 ཁ་པར་ཨང་། Contact Numbers ……………………………………….

 ཨི་མེལ་ཁ་བྱང་། E-Mail ID ………………………………………….

 དྲ་རྒྱའི་ཁ་བྱང་། Website …………………………………………..

༣། སྨན་སྦྱོར་ཁང་ /སྨན་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་གསར་འཛུགས་ཀྱི་ཕྱི་ལོ་ཟླ་ཚེས། ……………….

༤། བཟོ་སྐྲུན་བྱེད་བཞིན་པའི་སྨན་སྦྱོར་སྣེ་གྲངས། ………………………………..

 (ཐོ་གཞུང་ཟུར་འབུལ་ཞུ་དགོས།)

 Number of medicinal formulation manufacturing at present……………..…..

 (Attach list separately)

༥། འཛིན་སྐྱོང་། Administration

 ཀ ཚོགས་པ་དང་སྒེར་གཉེར་གང་ཡིན། ………………………………..

 Organization / Private ……………………………………..

ཁ ཚོགས་པའམ་སྒེར་གཉེར་སྡེ་ཚན་དེ་ས་གནས་གཞུང་ལ་དེབ་སྐྱེལ་བྱས་ཡོད་དམ་མེད།……………………

 Registered under Society / Act…………………Yes / No

 དེབ་སྐྱེལ་བྱས་ཡོད་ཚེ་དེབ་སྐྱེལ་ཨང་གྲངས་…………………………………..……………..

 (དེབ་སྐྱེལ་ལག་འཁྱེར་ངོ་བཤུས་ཟུར་འབུལ་ཞུ་དགོས།)If yes, attach copy of the registration

ག སྨན་སྦྱོར་ཁང་ /སྨན་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་སོ་སོའི་འཛིན་སྐྱོང་བྱེད་ཕྱོགས་ཀྱི་རྩ་འཛིན་སྒྲིག་གཞི་ཡོད་དམ་མེད།……………

 Is there separate rules and regulations for the Administrative functioning of the

 Pharmaceutical company / Unit………………Yes / No

 ཡོད་ཚེ་སྒྲིག་གཞི་ངོ་བཤུས་འབུལ་དགོས། If yes, attach copy of the rules and regulations

 ………………………………………………………..…………………………………………………

ང་། གཙོ་འགན་སྨན་སྦྱོར་བའི་མིང་།……………………………………………………………………………..

 Name of Chief Pharmacist…………………………………………………………………………

༦། ས་ཁང་སྐོར། Pharmaceutical Site:

 ཀ སྨན་སྦྱོར་ཁང / སྨན་སྦྱོར་ཐོན་སྐྱེད་སྡེ་ཚན་གྱི་ཁང་པ་རང་བདག་ཡིན་ནམ་མིན།

 …………………………………………………………………………

 Is the site of the Pharmaceutical Company / unit private or rented? ..........................

 ཁ གལ་ཏེ་ཁང་གླ་ཡིན་ཚེ་གཤམ་གསལ་དོན་གནད་ལ་ལན་བསྐྱོན་ནས་ཁང་པའི་འབྲེལ་ཡོད་ཡིག་ཆ་ངོ་བཤུས་ ཟུར་འབུལ་ཞུ་དགོས།

 If on rent, answer the following and attach copy of the document

* ཁང་བདག་གི་མིང་དང་ཁ་བྱང་།…………………………………….

 Name and Address of house owner …………………………

 ………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………….

 ………………………………………………………………..

* གཡར་པོ་ཞུས་པའི་གན་རྒྱའི་དུས་ཡུན།………………………………..

 Duration of the contract agreement …………………………..

* ས་ཁང་ཆགས་སའི་ས་གནས།………………………………………..

 Location ……………………………………………………..

ཁང་པའི་མཐུན་རྐྱེན། Housing Facilities

* སྨན་ལས་རྣམས་ལ་ལས་ཤག་གི་མཐུན་རྐྱེན། ཡོད། / མེད།

 Staff quarter facilities Yes / No

* འཛིན་སྐྱོང་ཡིག་ཚང་། ཡོད། / མེད།

 Administration office Yes / No

* སྨན་རྒྱུའི་མཛོད་ཁང་ཟུར་དུ། ཡོད། / མེད།

 Separate store room for raw materials Yes / No

* བཟོ་སྐྲུན་ཟིན་པའི་གསོལ་སྨན་འཇོག་ཡུལ་ཟུར་དུ། ཡོད། / མེད།

 Separate room for storing finished products Yes / No

* བཙོ་བསྲེག་མེ་ཐབ་ཟུར་དུ། ཡོད། / མེད།

 Heating / Burning facilities Yes / No

* ཆུ་གློག་གི་མཐུན་རྐྱེན་ལྡང་ངེས། ཡོད། / མེད།

 Adequate water and electrical facilities Yes / No

༨། དངུལ་ཆུ་བཙོ་བཀྲུའི་ལག་ལེན་སྐོར། Preparation of *Ngul-Chu Tso-Tru*

* བཙོ་བཀྲུའི་ལག་ལེན་བྱེད་ཀྱི་ཡོད་དམ་མེད། ཡོད། / མེད།

 Do you undertake *Ngul-chu Tso-Tru* preparation? Yes / No

* ཅོག་ལའམ་མཚལ་གྱི་རིལ་རྩི་བསྐྱོན་གྱི་ཡོད་དམ་མེད། ཡོད། / མེད།

 Do you polish pills with Cinnabar? Yes / No

* ཚ་འདུལ་དང་དཀར་འདུལ་གྱིས་མཚོན་པའི་དངུལ་ཆུའི་ལག་ལེན། ཡོད། / མེད།

 Do you practice *Tsa-dul* and *Kardul* preparation? Yes / No

* སྨན་རྣམས་ལ་དངུལ་ཆུ་བསྲེས་ལྷད་མི་འགྲོ་བའི་འགན་སྲུང་། ཡོད། / མེད།

 Do you have safety measures against *Ngul-Chu* contamination? Yes / No

* གོང་གསལ་རྣམས་ཡོད་ཚེ་གཙོ་འགན་བྱེད་པོ་དེར་སྨན་པའི་ལྷན་ཚོགས་ནས་བཙོ་བཀྲུ་ལག་ལེན་བྱེད་ཆོག་པའི་ལག་ འཁྱེར་ངེས་པར་དགོས་རྒྱུ།

 If yes, the chief Pharmacist must obtain permit certificate from CCTM

༩། གསོ་རིག་ཐོན་དངོས་སྐོར། Herbal Products

 སྨན་སྦྱོར་མ་ཡིན་པའི་གསོ་རིག་ཐོན་དངོས་གཞན། ཡོད། / མེད།

 Herbal products other than medicine Yes / No

 གལ་ཏེ་ཡོད་ཚེ་གསོ་ལྷན་ཚོགས་ནས་གསོ་རིག་ཐོན་དངོས་སྦྱོར་བཟོ་ཆོག་པའི་ལག་འཁྱེར་ངེས་པར་དུ་ཞུ་དགོས་པ་དང་། ཐོན་དངོས་ཁག་གི་མིང་དང་འགྲེལ་བརྗོད་བཅས་མཉམ་འབུལ་ཞུ་དགོས།

 If yes, a license certificate must be obtained from CCTM. List of herbal products to be attached

༡༠། ཞུ་སྙན་འགེངས་ཤོག་དོད་སྒོར་……………………………………………

 དངུལ་རྐྱང་ / ཌབ་འཛིན་/ ཅེག་བརྒྱུད་ཕུལ་ཟིན།

 Application from fees Rs…………………………………………..

 Cash / Draft / Cheque

**མཉམ་སྦྱར་ཞུས་པའི་ཡིག་ཆའི་མིང་དང་ངོ་གྲངས།** Name and list of other Documents / Papers attached

༡། …………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………….

༢། ……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

༣། ……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

༤། …………………………………………………………………...

 …………………………………………………………...............

༥། …………………………………………………………………...

 …………………………………………………………………...

༦། …………………………………………………………………...

 …………………………………………………………………...

༧། …………………………………………………………………...

 …………………………………………………………………...

༨། …………………………………………………………………...

 ……………………………………………………………………

༩། ……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

༡༠། ……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

གོང་གསལ་དོན་གནད་རྣམས་དོ་བདག་རང་ཉིད་ཀྱིས་བསྐོང་བའི་དྲང་བདེན་གནས་ཚུལ་ཞིག་དང་ཁས་ལེན་བརྩི་བསྲུང་ཞུས་པ་ཞིག་ཡིན།

I abide by the above statement dully filled by myself and is true to my knowledge.

མིང། ས་རྟགས། ས་གནས། ཕྱི་ལོ། ཟླ། ཚེས།

Name Signature Place Year Month Day