

༡༡། །བོད་ཀྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་སྐབ་སྐྱོར་ཁང་ངམ་སྐབ་སྐྱོར་སྡེ་ཚན་དེ་བ་སྐྱེལ་ཆེད་ཞུ་སྟེན།

༡༡། །དཔལ་ལྷན་བོད་ཀྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་ལྷན་ཚོགས་ཀྱི་བྱང་ཆེ་མཚོ་གཉིས་ཀྱི་བྱེད་སྐྱོར།

གྲུས་གསོལ།

འདི་གའི་སྐབ་སྐྱོར་ཁང་/ སྐབ་སྐྱོར་སྡེ་ཚན་ངོས་ལེན་ཡོང་སྐྱོད་རྒྱུ་དུ་གསལ་འགྲུབ་འགྲུབ་ལོག་སྟེང་གི་ཆ་སྐྱོན་ལྡན་པའི་ཁ་གསལ་འགྲུབ་

འགྲུབ་ཞུས་པ་དང་ཆབས་ཅིག་བཅི་བཀུར་ཞུ་བའི་ལགས་ན་སྐབ་སྐྱོར་ཁང་.....

སྐབ་སྐྱོར་ཁང་ / སྐབ་སྐྱོར་སྡེ་ཚན་.....

འདི་ཉིད་སྐབ་སྐྱོར་ཁང་ / སྐབ་སྐྱོར་སྡེ་ཚན་ཞིག་ཏུ་དེ་བ་སྐྱེལ་ངོས་ལེན་སྐྱབས་འགྲུབ་ཡོང་བ་མཚུགས།

གོང་མིང་པས་སྐྱེ་ལོ་      ལྷ་      ཆེས་      ལ་སྐྱེལ།

མཚན་རྟགས།

ལས་དཔ།

# ལྷན་སྐྱོད་ལྷན་ཁང་གི་གསོ་བ་རིག་པའི་སྐྱོད་སྐྱོར་གྱི་ཚན་དེབ་སྐྱེལ་གྱི་འགོངས་ཤོག

འགོངས་ཤོག་ཨང་། ༣།༧

FORM No. 3-A

༡ སྐྱོད་སྐྱོར་ཁང་/ སྐྱོད་སྐྱོར་གྱི་ཚན་དེབ་ལྷན་ཁང་།.....

Name of Pharmaceutical Company / Unit.....

༢ ལ་བྱང་། Address .....

.....  
.....

ལ་སར་ཨང་། Contact Numbers .....

ཨ་མེལ་ལ་བྱང་། E-Mail ID .....

བརྒྱུ་ལ་བྱང་། Website .....

༣ སྐྱོད་སྐྱོར་ཁང་/སྐྱོད་སྐྱོར་གྱི་ཚན་དེབ་གསར་འཛུགས་ཀྱི་ཕྱི་ལོ་རྒྱ་ཆེ་སྟེ། .....

༤ བཟོ་སྐྱོད་བྱེད་བཞེད་པའི་སྐྱོད་སྐྱོར་གྱི་གྲངས། .....

(ཚོ་གཞུང་རྒྱུ་ལ་བྱང་།)

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

(Attach list separately)

༥ འཛིན་སྐྱོང་། Administration

༧ ཚོགས་པ་དང་སྐྱེད་སྐྱོར་གཉེན་གཤམ་ཡིན། .....

Organization / Private .....

༨ ཚོགས་པ་ལས་སྐྱེད་སྐྱོར་གྱི་ཚན་དེབ་ལྷན་ཁང་གི་གསོ་བ་རིག་པ་གཞུང་ལ་དེབ་སྐྱེལ་བྱས་ཡོད་དམ་ཟེད།.....

Registered under Society / Act..... Yes / No

དེབ་སྐྱེལ་གྱི་ཡོད་ཆེ་དེབ་སྐྱེལ་མང་གྲངས་.....

(དེབ་སྐྱེལ་ལག་འཁུར་དོ་བཟུངས་ཟུར་འབྲུལ་ཞུ་དགོས།) If yes, attach copy of the registration

ག སློབ་སྦྱོར་ཁང་ / སློབ་སྦྱོར་སྡེ་ཚན་སོ་སོའི་འཛིན་སྐྱོང་བྱེད་ཚུགས་ཀྱི་ཅ་འཛིན་སྒྲིག་གཞི་ཡོད་དམ་མེད།.....

Is there separate rules and regulations for the Administrative functioning of the Pharmaceutical company / Unit..... Yes / No

ཡོད་ཆེ་སྒྲིག་གཞི་དོ་བཟུངས་འབྲུལ་དགོས། If yes, attach copy of the rules and regulations

.....

ང། གཙོ་ལག་སློབ་སྦྱོར་བའི་མིང།.....

Name of Chief Pharmacist.....

༦། ས་ཁང་སྐོར། Pharmaceutical Site:

ཀ སློབ་སྦྱོར་ཁང་ / སློབ་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 གཤམ་ཉེ་ཁང་གླ་ཡིན་ཆེ་གཤམ་གསལ་དོན་གནད་ལ་ལན་བསྐྱོན་ནས་ཁང་པའི་འབྲེལ་ཡོད་ཡིག་ཆ་དོ་བཟུངས་  
ཟུར་འབྲུལ་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 .....

.....

.....

.....

- གཤམ་པོ་ཞུས་པའི་གན་རྒྱའི་དུས་ཡུན།.....

Duration of the contract agreement .....

- ས་ཁང་ཆགས་སའི་ས་གནས། .....
- Location .....

ཁང་སའི་མ་ཐུན་རྒྱུ། Housing Facilities

- སྤོང་ལས་རྒྱུ་ལ་ལས་འགན་གི་མ་ཐུན་རྒྱུ།  
Staff quarter facilities Yes / No
- འཛིན་སྐྱོང་ཡིག་ཚང།  
Administration office Yes / No
- སྤོང་རྒྱུ་མཛོད་ཁང་བྱུང་བ།  
Separate store room for raw materials Yes / No
- བཟོ་སྐྱུན་ཟེན་སའི་གསོལ་སྤོང་འཛིན་ཡུལ་བྱུང་བ།  
Separate room for storing finished products Yes / No
- བཙོ་བསྐྱེད་མེ་ཐབ་བྱུང་བ།  
Heating / Burning facilities Yes / No
- ལུ་མྱོག་གི་མ་ཐུན་རྒྱུ་ལྡང་ངེས།  
Adequate water and electrical facilities Yes / No

ཀ འདུལ་རྒྱ་བཙོ་བསྐྱེད་ལག་ལེན་སྐོར། Preparation of Ngul-Chu Tso-Tru

- བཙོ་བསྐྱེད་ལག་ལེན་བྱེད་ཀྱི་ཡོད་དམ་ཟེད།  
Do you undertake Ngul-chu Tso-Tru preparation? Yes / No
- ཚོག་ལའམ་མཚལ་གྱི་རིལ་ཅི་བསྐྱོན་གྱི་ཡོད་དམ་ཟེད།  
Do you polish pills with Cinnabar? Yes / No
- ཚེ་འདུལ་དང་དཀར་འདུལ་གྱིས་མཚོན་སའི་དུལ་རྒྱུ་ལག་ལེན།  
Do you practice Tsa-dul and Kardul preparation? Yes / No
- སྤོང་རྒྱུ་ལ་དུལ་རྒྱ་བསྐྱེད་ལྗང་མི་འགོ་བའི་འགན་སྲུང་།  
Do you have safety measures against Ngul-Chu contamination? Yes / No
- གོང་གསལ་རྒྱུ་ལ་ཡོད་ཆེ་གཙོ་འགན་བྱེད་སྟེ་དེར་སྤོང་སའི་ལྗང་ཚོགས་ནས་བཙོ་བསྐྱེད་ལག་ལེན་བྱེད་ཆོག་སའི་ལག་ལེན་ངེས་པར་དགོས་རྒྱུ།

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

༤། 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་ཆེ་གསོ་སྨན་ཚོགས་ནས་གསོ་རིག་ཐོན་དངོས་སྦྱོར་བཅོ་ཚོག་པའི་ལག་ལུང་རེས་པར་དུ་ཞུ་དགོས་པ་ད

༥། ཐོན་དངོས་ཁག་གི་མིང་དང་འགྲེལ་བརྗོད་བཅས་མཉམ་འབྲེལ་ཞུ་དགོས།

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

༡༠། ཞུ་སྨན་འགོངས་ཤོག་དོད་སྐོར་.....

དངུལ་རྒྱང་ / རབ་འཛིན་ / ཅེག་བརྒྱུད་ཕུལ་ཟིན།

Application from fees Rs.....

Cash / Draft / Cheque

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

༡། .....

.....

༢། .....

.....

༣། .....

.....

༤། .....

.....

༥། .....

.....

༦། .....

.....

༧། .....

.....

༨། .....

.....

༩། .....

.....

༡༠། .....

.....

གོང་གསལ་དོན་གནད་ནམས་དོ་བདག་རང་ཉིད་ཀྱིས་བསྐོང་བའི་བྲང་བདེན་གནས་ཚུལ་ཞིག་དང་ཁས་ལེན་བཅི་བསྐྱུང་ལུས་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