DISTRICT HEALTH SOCIETY – THOOTHUKUDI DISTRICT
APPLICATION FOR THE POST THERAPEUTIC ASSISTANTS
CONTRACT BASIS

Name of the post: Therapeutic Assistants – Male & Female (NAMMSD)

[Affix recent passport size colour photograph]

1	Name (in capital letters)	
2	Father / Husband Name	
3	Gender	Male / Female / Transgender
4	Date of birth (with proof)	
5	Age	
6	Community	
7	Educational Qualification (with certificate & Mark sheets)	
8	Aadhaar No	
9	Are you a person belonging to Special Category? Differently abled person / Destitute Women / Widow / Ex-Service Men [mention Yes / No]	
10	Contact Phone No	
11	Mail ID	
12	Add Previous experience if any	
13	Permanent Address	
14	Present Address	

I attest that the information stated is true to the best of my knowledge.

Signature with Date

Place:
Date:

Note:

Applicant should submit the application with recently taken passport size photo and self-attested Xerox copies of all the above mentioned documents.

DISTRICT HEALTH SOCIETY – THOOTHUKUDI DISTRICT
APPLICATION FOR THE POST THERAPEUTIC ASSISTANTS
CONTRACT BASIS

Name of the post: Therapeutic Assistants –Female (NRHM Yoga)

[Affix recent passportsize colour photograph]

1	Name (in capital letters)	
2	Father / Husband Name	
3	Gender	Male / Female / Transgender
4	Date of birth (with proof)	
5	Age	
6	Community	
7	Educational Qualification (with certificate & Mark sheets)	
8	Aadhaar No	
9	Are you a person belonging to Special Category? Differently abled person / Destitute Women / Widow / Ex-Service Men [mention Yes / No]	
10	Contact Phone No	
11	Mail ID	
12	Add Previous experience if any	
13	Permanent Address	
14	Present Address	

I attest that the information stated is true to the best of my knowledge.

Signature with Date

Place:
Date:

Note:

Applicant should submit the application with recently taken passport size photo and self-attested Xerox copies of all the above mentioned documents

DISTRICT HEALTH SOCIETY – THOOTHUKUDI DISTRICT
APPLICATION FOR THE POST DISPENSER
CONTRACT BASIS

Name of the post: Dispenser (Siddha -Pharmacist)

[Affix recent passport size colour photograph]

1	Name (in capital letters)	
2	Father / Husband Name	
3	Gender	Male / Female / Transgender
4	Date of birth (with proof)	
5	Age	
6	Community	
7	Educational Qualification (with certificate & Mark sheets)	
8	Aadhaar No	
9	Are you a person belonging to Special Category? Differently abled person / Destitute Women / Widow / Ex-Service Men [mention Yes / No]	
10	Contact Phone No	
11	Mail ID	
12	Add Previous experience if any	
13	Permanent Address	
14	Present Address	

I attest that the information stated is true to the best of my knowledge.

Signature with Date

Place:
Date:

Note:

Applicant should submit the application with recently taken passport size photo and self-attested Xerox copies of all the above mentioned documents

மாவட்ட நலவாழ்வு சங்கம், தூத்துக்குடி மாவட்டம்			
பல்நோக்கு மருத்துவமனை பணியாளர் (ஆயுஷ்) பணியிடத்திற்கான விண்ணப்பப் படிவம்			
1	விண்ணப்பத்தாரர் பெயர் (தமிழில்)		Passport Size Photo
2	விண்ணப்பத்தாரர் பெயர் (ஆங்கிலத்தில்)		
3	தகப்பனார் / கணவர் பெயர்		
4	தற்காலிக முகவரி		
5	நிரந்தர முகவரி (முகவரி உறுதிப்படுத்துவதற்கு ஏதாவது ஒரு அத்தாட்சி சான்று இணைக்கப்பட வேண்டும்)		
6	பிறந்த தேதி/வயது		
7	சாதி/மதம்		
8	தாய்மொழி/ தமிழில் தேர்ச்சி		
9	அலைபேசி எண்/ மின்னஞ்சல்		
10	கல்வித் தகுதி விவரம்:		
11	முன்னுரிமை ஏதும் இருப்பின் அதன் விவரம்		
12	முன் அனுபவம் இருப்பின் அதன் விவரம்		

நாள்:

விண்ணப்பத்தாரின் கையொப்பம்

1. கல்வித்தகுதி சான்று
2. முகவரிக்கான ஆதாரம் (ஆதார் கார்டு அல்லது இருப்பிட சான்று)
3. முன் அனுபவ சான்று
4. முன்னுரிமை இருப்பின் அதற்கான சான்று. (மாற்று திறனாளியாக இருப்பின் வட்டார மருத்துவ அலுவலர்/ மாவட்ட மற்றும் தாலுகா தலைமை மருத்துவமனையில் தலைமை மருத்துவ அலுவலரிடமிருந்து இயலாமையின் சதவீதத்துடன் ஒதுக்கப்பட்ட கடமைகளை நிறைவேற்றுவதற்கு போதுமான தகுதி உள்ளவர் என்பதற்கான சான்று)

மாவட்ட நலவாழ்வு சங்கம், தூத்துக்குடி மாவட்டம்			
ஒப்பந்த மருத்துவ அலுவலர் (ஆயுஷ்) பணியிடத்திற்கான விண்ணப்பப் படிவம்			
1	விண்ணப்பத்தாரர் பெயர் (தமிழில்)		Passport Size Photo
2	விண்ணப்பத்தாரர் பெயர் (ஆங்கிலத்தில்)		
3	தகப்பனார் / கணவர் பெயர்		
4	தற்காலிக முகவரி		
5	நிரந்தர முகவரி (முகவரி உறுதிப்படுத்துவதற்கு ஏதாவது ஒரு அத்தாட்சி சான்று இணைக்கப்பட வேண்டும்)		
6	பிறந்த தேதி/வயது		
7	சாதி/மதம்		
8	தாய்மொழி/ தமிழில் தேர்ச்சி		
9	அலைபேசி எண்/ மின்னஞ்சல்		
10	கல்வித் தகுதி விவரம்: MBBS Degree awarded by a University or Institution recognized by the UGC for the purpose of its grants. The courses must have been approved by the Medical Council of India.		
11	தமிழ்நாடு மருத்துவகுழுமத்தில் பதிவு செய்த பதிவு எண் விபரம் மற்றும் புதுபித்தல் விபரம்		
12	**MBBS** ல் பெற்ற மதிப்பெண் மற்றும் சதவிகிதம்	மதிப்பெண் சதவிகிதம்	
13	பதிவு காலாவதியாகும் நாள் (**Reg. Expiry Date)**		
14	முன்னுரிமை ஏதும் இருப்பின் அதன் விபரம்		
15	முன் அனுபவம் ஏதும் இருப்பின் அதன் விபரம்		
16	**Covid -19** பெருந்தொற்று காலத்தில் கோவிட் வார்டுகளில் பணியாற்றி இருப்பின் பணியாற்றய விபரம்(மொத்தம் எத்தனை மாதம் , நாட்கள் குறிப்பிடவும்	எந்த தேதி முதல் மொத்தம் பணியாற்றிய மாதம் மற்றும் நாட்கள்	
		விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்	

இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்றுகளின் நகல்கள்:

1. **இணைக்கப்பட வேண்டிய சான்று நகல்கள்**

1. SSLC / HSC Mark Sheet
2. MBBS Degree Certificate
3. MBBS Mark Sheet
4. Internship completion certificate
5. MBBS முடித்த பிறகு பணியாற்றியதற்கான முன் அனுபவ சான்று
6. முகவரிக்கான ஆதாரம் (ஆதார் கார்டு அல்லது இருப்பிடச்சான்று)
7. நன்னடத்தை சான்று (அறிவிப்பு தேதிக்கு முன் மூன்று மாதங்களுக்குள் அல்லது ஆ பிரிவு அரசு அலுவலரிடம் பெற்ற சான்று)
8. கடைசியாக படித்த கல்வி நிறுவனத்தில் பெற்ற நன்னடத்தை சான்று
9. அரசு கொரோனா-19 வார்டில் பணியாற்றி இருப்பின் அத்துறையின் மாவட்ட அலுவலரிடம் பெற்ற சான்று.
10. முன்னுரிமை இருப்பின் அதற்கான சான்று. (மாற்று திறனாளியாக இருப்பின் வட்டார மருத்துவ அலுவலர் / மாவட்ட மற்றும் தாலுகா தலைமை மருத்துவமனையில் தலைமை மருத்துவ அலுவலரிடுமிருந்து இயலாமை சதவீதத்துடன் ஒதுக்கப்படும் கடமைகளை நிறைவேற்றுவதற்கு போதுமான தகுதி உள்ளவர் என்பதற்கான சான்று)