# இணைப்பு-II

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_மருத்துவக் கல்லூரி\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_மாவட்டம்

# மருத்துவம் சார்ந்த சான்றிதழ் படிப்புக்கான விண்ணப்பம்

# (2025-2026)

 (அரசு மருத்துவக் கல்லூரி அலுவலகத்தில் சமர்பிக்க வேண்டும்)

## 1. விண்ணப்பதாரரின் தனிப்பட்ட விவரங்கள்:-

1. விண்ணப்பதாரரின் பெயர்: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. பாலினம்: ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ மூன்றாம் பாலினம்

3. பிறந்த தேதி (DD/MM/YYYY): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

4. 31.12.2025-ன் படி வயது: \_\_\_\_ வருடம் \_\_\_\_ மாதம்

5. தந்தை / தாயார் / காப்பாளர் பெயர்: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. பெற்றோர்/ காப்பாளர் தொழில்: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. வருடாந்திர குடும்ப வருமானம் : ₹ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. தொடர்புகொள்வதற்கான முகவரி: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 மாவட்டம்: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ பின்கோடு: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 கைபேசி எண்: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 மின்னஞ்சல் முகவரி : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 2. கல்வி தகுதி:-

1. பயிற்று மொழி: ☐ தமிழ் ☐ ஆங்கிலம் ☐ பிற \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. பத்தாம் வகுப்பு தேர்ச்சி பெற்றுள்ளாரா : ☐ ஆம் ☐ இல்லை - தேர்ச்சி பெற்ற ஆண்டு \_\_\_\_\_\_

3. பன்னிரெண்டாம் வகுப்பு தேர்ச்சி பெற்றுள்ளாரா : ☐ ஆம் ☐ இல்லை

    தேர்ச்சி பெற்ற ஆண்டு \_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **பாடம்**  | **மொத்த மதிப்பெண்** | **பெற்ற மதிப்பெண்** | **மொத்த மதிப்பெண் (அலுவலர்களால் நிரபப்பட வேண்டியது)** |
| இயற்பியல்  |  |  |  |
| வேதியல் |  |  |
| தாவரவியல் |  |  |  |
| விலங்கியல் |  |  |
| உயிரியல் |  |  |  |
| மொத்த மதிப்பெண் |  |

##  3. சாதி / இட ஒதுக்கீடு வகை:-

☐ பிற வகுப்பினர் / OC

☐ பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினர் / BC

☐ பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினர் (முஸ்லீம்) / BCM

☐ மிகவும் பிற்படுத்தப்பட்ட வகுப்பினர் / சீர்மரபினர் /MBC / DNC

 ☐ பட்டியல் வகுப்பினர் / SC

 ☐ பட்டியல் வகுப்பினர் (அருந்தியர்)/ SCA

 ☐ பழங்குடியினர்/ ST

 (சான்றொப்பமிட்ட வகுப்புச்சான்றிதழின் நகலை இணைக்கவும்).

## 4. பிறப்பிடம்

☐ தமிழ்நாட்டில் பிறந்தவரா

(பிறப்பிடச் சான்றிதழ் இணைக்கவும்)

**5. மாற்றுத்திறனாளி விண்ணப்பதாரா ?** ஆம் ☐ இல்லை ☐

**6. பாட விருப்ப முன்னுரிமை**

 விருப்ப வரிசையை பாடங்களுக்கு எதிராக 1, 2, 3... என எழுதி குறிப்பிடவும்.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| வ.எண் | பாட பிரிவுகள் | விருப்ப வரிசை எண் |
| 1 | கார்டியோ சோனோகிராஃபி டெக்னீஷியன்  |  |
| 2 | ஈசிஜி / டிரெட் மில் டெக்னீஷியன்  |  |
| 3 | பம்ப் டெக்னீஷியன்  |  |
|  4 | கார்டியாக் கேத்தரைசேஷன் லேப் டெக்னீஷியன் |  |
| 5 | அவசர சிகிச்சை டெக்னீஷியன் |  |
| 6 | சுவாச சிகிச்சை டெக்னீஷியன்  |  |
| 7 | டயாலிசிஸ் டெக்னீஷியன்  |  |
| 8 |  மயக்க மருந்து டெக்னீஷியன் |  |
| 9 | தியேட்டர் டெக்னீஷியன்  |  |
| 10 | எலும்பியல் டெக்னீஷியன் |  |
| 11 | EEG / EMG டெக்னீஷியன் (1 வருடம்) |  |
| 12 | வீட்டு சுகாதார பராமரிப்பு (1 வருடம்) |  |
| 13 |  மனநல ஆதரவு பணியாளர் |  |
| 14 | பல்நோக்கு மருத்துவமனை பணியாளர் |  |
| 15 | மருத்துவ பதிவு டெக்னீஷியன்  |  |

1. **இணைப்பு (இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்களில் (√) குறியிடவும்)**

( நகல் + அசல் சான்றிதழ் சரிபார்ப்பிற்காக)

1. ☐ பத்தாம் வகுப்பு மதிப்பெண் சான்றிதழ்

2. ☐ பன்னிரெண்டாம் வகுப்பு மதிப்பெண் சான்றிதழ்

3. ☐ மாற்றுச் சான்றிதழ்

4. ☐ வகுப்புச் சான்றிதழ்

5. ☐ இருப்பிடச் சான்றிதழ்

6. ☐ ஆதார் அட்டை

7. ☐ மாற்றுத்திறனாளி விண்ணப்பதாரர்களுக்கு மாவட்ட மருத்துவ வாரியத்திடமிருந்து பெறப்பட்ட மாற்றுத்திறனாளி சான்றிதழ் இணைக்கப்பட வேண்டும்.

## 8. விண்ணப்பதாரரின் உறுதிமொழி

## மேலே கொடுக்கப்பட்டுள்ள விவரங்கள் எனக்குத் தெரிந்தவரை உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்று இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன். வழங்கப்பட்ட ஏதேனும் தகவல் தவறானது எனக் கண்டறியப்பட்டால் எனது விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படலாம் அல்லது சேர்க்கை ரத்து செய்யப்படலாம் என்பதை நான் நன்கு அறறிவேன் என சான்றளிக்கிறேன்.

## விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

நாள்: \_\_\_ / \_\_\_ / 2025

இடம்: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ஒப்புகை சீட்டு (விண்ணப்பதாரர்களுக்கு வழங்கப்பட வேண்டும்)**

2025–2026 ஆம் ஆண்டுக்கான மருத்துவம் சார்ந்த சான்றிதழ் படிப்புகளில் சேருவதற்கு \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (விண்ணப்பதாரர் பெயர்) டமிருந்து விண்ணப்பம் பெறப்பட்டது.

விண்ணப்ப எண்: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

நாள்: \_\_\_ / \_\_\_ / 2025

**விண்ணப்பம் பெற்ற அலுவலரின் முத்திரையுடன் கூடிய கையொப்பம்**