

இணைப்பு-II

கோவை மருத்துவக் கல்லூரி, கோவை மாவட்டம் - 14.

மருத்துவம் சார்ந்த சான்றிதழ் படிப்புக்கான விண்ணப்பம்

(2025-2026)

(கோவை அரசு மருத்துவக் கல்லூரி அலுவலகத்தில் சமர்ப்பிக்க 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: _____

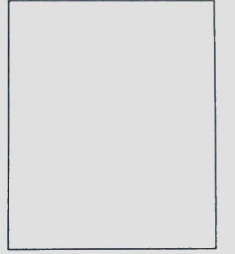
7. வருடாந்திர குடும்ப வருமானம்: ₹ _____

8. தொடர்புக்கொள்வதற்கான 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 (அலுவலர்களாக நிரப்பப்பட 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	காற்படியோ சோனோகிராஃபி டெக்னீஷியன் (1வருடம்) (பெண்)	
2	ஈசிஜி / டிரெட் மில் டெக்னீஷியன் (1வருடம்)	
3	காற்படியாக் கேத்தரைசேஷன் லேப் டெக்னீஷியன் (1 வருடம்) (ஆண்)	
4	அவசர சிகிச்சை டெக்னீஷியன் (1வருடம்)	
5	சுவாச சிகிச்சை டெக்னீஷியன் (1வருடம்)	
6	டயாலிசிஸ் டெக்னீஷியன் (1வருடம்)	
7	மயக்க மருந்து டெக்னீஷியன் (1வருடம்)	
8	தியேட்டர் டெக்னீஷியன் (1வருடம்)	
9	எலும்பியல் டெக்னீஷியன் (1வருடம்)	
10	பல்நோக்கு மருத்துவமனை பணியாளர் (1வருடம்)	

7. இணைப்பு (இணைக்கப்பட்ட ஆவணங்களில் (✓) குறிமிடவும்)

(நகல், அசல் சான்றிதழ் சரிபார்ப்பிற்காக)

1. ☐ பத்தாம் வகுப்பு மதிப்பெண் சான்றிதழ்
2. ☐ பன்னிரண்டாம் 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