

அரசு சிவகங்கை மருத்துவக்கல்லூரி மருத்துவமனை, சிவகங்கை
விண்ணப்பம்

பதவியின் பெயர் _____

1.	விண்ணப்பதாரரின் பெயர்	:	
2.	தந்தை பெயர்/கணவர் பெயர்	:	
3.	பிறந்த தேதி மற்றும் வயது	:	
4.	கல்வித்தகுதி (மதிப்பெண்பட்டியல் இணைக்கப்படவேண்டும்)	:	
5.	ஆதார் எண் (சான்றுடன்)	:	
6.	கைபேசி எண்	:	
7.	மின்னஞ்சல்	:	
8.	மதம்/சாதி/வகுப்பு (சாதிச்சான்றிதழ் இணைக்கப்படவேண்டும்)	:	
9.	முன் அனுபவம் ஏதேனும் இருப்பின் அதற்குரிய சான்றிதழ் நகல் உரிய அலுவலரிடம் கையொப்பம் பெற்று இணைக்கப்படவேண்டும்	:	
10.	முகவரி ஆதார் அட்டை/ வாக்காளர் அட்டை/குடும்ப அட்டை/வருவாய் அலுவலரிடம் பெறப்பட்ட இருப்பிடச்சான்றிதழ் இணைக்கப்படவேண்டும்	:	நிரந்தர முகவரி
		:	தற்காலிக முகவரி

இடம்:

தேதி:

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

குறிப்பு:

விண்ணப்பதாரர் சமீபத்திய புகைப்படத்துடன் மேற்காணும் விண்ணப்ப படிவத்தினை பூர்த்தி செய்து அத்துடன் சுய சான்றொப்பமிட்ட (Self Attested) சான்றிதழ் நகல்கள் இணைக்கப்படவேண்டும்.