



அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை  
(கோவல் டிரஸ்ட்)

1, அண்ணாநகர், மதுரை - 625 020

பயிற்சிக்கான விண்ணப்பப் படிவம்

விழி ஒளி ஆய்வாளர்/கண் மருத்துவ உதவியாளர்/மருத்துவப் பதிவேட்டுத்துறை/  
நோயாளிகளின் மருத்துவ ஆலோசகர்/மருத்துவமனை இல்லப்பராமரிப்பாளர்/  
கண் கண்ணாடிகள் தயாரித்தலும், அதை விநியோகம் செய்தலும்

Photo

படிவம் வழங்கிய நாள் : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ விண்ணப்பப்படிவ எண் :

1. பெயர் : \_\_\_\_\_
2. தகப்பனார் பெயர் : \_\_\_\_\_
3. தாயார் பெயர் : \_\_\_\_\_
4. விலாசம் : \_\_\_\_\_

தொலைபேசி எண் 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

5. பிறந்த தேதி, வயது : \_\_\_\_\_
6. சாதி : \_\_\_\_\_
7. மதம் : \_\_\_\_\_
8. கல்வித்தகுதி : \_\_\_\_\_
9. கூடுதல் தகுதிகள் : \_\_\_\_\_

பள்ளியின் பெயர் மற்றும் முகவரி	தேர்ச்சியடைந்த வருடம்	பாடங்கள்	மதிப்பெண்
மொத்த மதிப்பெண்கள்			

10. உடல் தகுதி : உயரம் : எடை:
11. பயிற்சி முன் அனுபவம் உள்ளதா?  
ஆம், எனில் அதைப்பற்றிய விபரம் : \_\_\_\_\_
12. தந்தை/தாய்/ காப்பாளர்/வேலை விபரம் / : \_\_\_\_\_  
மாத வருமானம்
13. உடன் பிறந்தவர்கள் : \_\_\_\_\_ சகோதரர்கள், \_\_\_\_\_ சகோதரிகள்
14. உடன் பிறந்தவர்கள் பற்றிய விபரம் (விண்ணப்பதாரர்தவிர) :

பெயர்	திருமணம் ஆனவர்		வயது	உறவு முறை	கல்வி விபரம்	வேலை விபரம்
	ஆம்	இல்லை				

<p><b>விண்ணப்பத்துடன் அனுப்ப வேண்டிய நகல்கள்:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10th, +2 வகுப்பு மதிப்பெண் பட்டியல் (mark sheets)</li> <li>- மாற்றுச் சான்றிதழ் (Transfer Certificate)</li> <li>- சாதி சான்றிதழ்</li> <li>- (மாணவர்கள்) சரிசெய்யப்பட்ட ஆதார் காட்டு</li> <li>- தகப்பனார், தாயார் ஆதார் காட்டு</li> <li>- ரேஷன் காட்டு</li> </ul>	<p><b>அனுப்ப வேண்டியவை:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- பாஸ்போர்ட் சைஸ் போட்டோ - 5 (சிறிய உறையில்)</li> <li>- சுயவிலாசமிட்ட கவர் (self address cover) (ரூ.5/-தபால் தலையுடன்) இணைத்து அனுப்பவும் அல்லது நேரில் கொடுக்கவும்</li> </ul>
---	---

மேற்கூறிய விபரங்கள் அனைத்தும் உண்மை என்று உறுதி அளிக்கிறேன்.

தேதி : \_\_\_\_\_ விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

<p><b>மதுரை</b> <b>ஆன்ஸ் மேர்</b> அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை No:1, அண்ணாநகர், மதுரை - 625020 தொலைபேசி : 0452-4356100 <b>Email ID:</b> mlop_coordinator@aravind.org</p> <p><b>பாண்டிச்சேரி</b> <b>R.V. செல்வராணி</b> அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை கடலூர் மெயின் ரோடு, தவளகுப்பம், பாண்டிச்சேரி - 605007 தொலைபேசி : 0413-2619100 <b>Email ID:</b> pdy.nursing@aravind.org; pdy.hrd@aravind.org</p> <p><b>சேலம்</b> <b>S. ரம்யா</b> அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை No:64, சங்கரன்கோவில் மெயின் ரோடு, நெத்திமேடு, சேலம் - 636002 தொலைபேசி : 04272356100 <b>Email ID:</b> salem.nursing@aravind.org</p>	<p><b>திருவெல்வேலி</b> <b>V.ஆறுமுகம்</b> அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை No:1, S.N ஹை ரோடு திருநெல்வேலி - 627001. தொலைபேசி :0462 - 4356100 <b>Email ID:</b> tvl.hrd@aravind.org</p> <p><b>கோயம்புத்தூர்</b> <b>சுலோச்சனா</b> அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை அவினாசி ரோடு, சிவில் ஏரோட்ராமே போஸ்ட் கோயம்புத்தூர் - 641014 தொலைபேசி : 0422-4360400 <b>Email ID:</b> cbe.hrd@aravind.org</p> <p><b>தேன்</b> <b>கௌர்</b> அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை No:371, பெரியகுளம் ரோடு, தொலைபேசி: 04546-252658 <b>Email ID:</b> nursing_theni@aravind.org</p>	<p><b>சென்னை</b> <b>ரேணுகா</b> அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை பூந்தமல்லி ஹை ரோடு சவித்தா பல் மருத்துவமனை எதிர்புறம் நூம்பல், சென்னை - 77 தொலைபேசி: 98409 03930 <b>Email ID:</b> info.chennai@aravind.org</p> <p><b>திருப்பதி</b> <b>சங்கீதா</b> S.V அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை அலிப்பிரி - Zoo பார்க் ரோடு NCC வளாகம் பின்புறம், திருப்பதி - 517505 தொலைபேசி: 0877-2502100</p>
--	---	--