



# அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை (கோவல் டிரஸ்ட்)

வருடம் 2021

## புர்த்த் செய்த விண்ணப்பப் படிவத்தை நீங்கள் வரும்பும் அரவிந்த் கண் மருத்துவமனைக்கு அனுப்பவும்

2 மாதத்திற்குள்  
எடுத்த  
புகைப்படம்

### இடைநிலை கண்ணியல் பணியாளர் பயிற்சிக்கான விண்ணப்பப் படிவம்

விழி ஒளி ஆய்வாளர், கண் மருத்துவ உதவியாளர், மருத்துவப் பதிவேட்டுத்துறை உதவியாளர், நோயாளிகளின் மருத்துவ ஆலோசனை உதவியாளர், மருத்துவமனை இல்லப்பராமரிப்பாளர், கண் கண்ணாடிகள் தயாரிப்பு மற்றும் விநியோக உதவியாளர், ஆய்வக உதவியாளர், உபகரணங்கள் பராமரிப்புத்துறை உதவியாளர், பண்டகசாலை துறை உதவியாளர், மருந்துக்கடை உதவியாளர்

- பெயர் : \_\_\_\_\_
- தகப்பனார் பெயர் : \_\_\_\_\_
- தாயார் பெயர் : \_\_\_\_\_
- காப்பாளர் பெயர் : \_\_\_\_\_
- விலாசம் : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- தொலைபேசி எண் 1. (தந்தை) \_\_\_\_\_ 2. (தாய்) \_\_\_\_\_  
3. (காப்பாளர்) \_\_\_\_\_ 4. (உறவினர்) \_\_\_\_\_
- பிறந்த தேதி, வயது : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ஆதார் எண் : \_\_\_\_\_
- சாதி, மதம் : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
- கல்வித்தகுதி : \_\_\_\_\_ தாய்மொழி : \_\_\_\_\_
- கூடுதல் தகுதிகள் : கம்ப்யூட்டர்/தட்டச்சு/மற்றவை

11. மொழிகள் தெரிந்தவை	தமிழ்	ஆங்கிலம்	தெலுங்கு	மலையாளம்	ஹிந்தி	மற்றவை
வாசித்தல்						
எழுதுதல்						
பேசுதல்						

### 12. தேர்ச்சியடைந்த வருடம் :

School name and address பள்ளியின் பெயர் மற்றும் முகவரி	Subjects பாடங்கள்	Marks/100 மதிப்பெண்/100	Pass/Fail தேர்ச்சி/தோல்வி
மொத்த மதிப்பெண்கள்			



13. பாடப்பிரிவு : கணிதம்/அறிவியல்/கலை/மற்றவை \_\_\_\_\_

14. உயரம் : எடை : இரத்தப்பிரிவு :

15. 18 வயதிற்கு மேற்பட்டவர்கள் COVID 19 ஊசி போட்டுக்கொண்டீர்களா? : ஆம்/ இல்லை  
(COVID 19 ஊசி போட்டு கொள்வது நல்லது)

16. பொழுதுபோக்கு அம்சங்கள் : விளையாட்டு/தோட்ட வேலை/இசை/நடனம்/மற்றவை \_\_\_\_\_

17. தந்தை/தாய்/ வேலை விபரம் / :  
மாத வருமானம் :

18. காப்பாளர் வேலை விபரம் :

19. உடன் பிறந்தவர்கள் பற்றிய விபரம் (விண்ணப்பதாரர் தவிர) :

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

20. குடும்ப விபரங்கள்:

பெயர்	உறவு முறை	வயது	பிறந்த தேதி	பாலினம்	ஆதார் எண்
	அப்பா				
	அம்மா				
	காப்பாளர்				

**விண்ணப்பத்துடன் கொடுக்க வேண்டிய நகல்கள்:**

- 10th, +2 வகுப்பு மதிப்பெண் பட்டியல் (mark sheets)
- மாற்றுச் சான்றிதழ் (Transfer Certificate)
- சாதி சான்றிதழ்
- பயிற்சி பெறுபவர் ஆதார் கார்டு\*
- தகப்பனார், தாயார் ஆதார் கார்டு
- ரேஷன் கார்டு

மேற்கூறிய விபரங்கள் அனைத்தும் உண்மை என்று உறுதி அளிக்கிறேன்.

தேதி : பயிற்சி பெறுபவர் கையொப்பம்

\* ஆதார் கார்டில் பெயர், பிறந்த தேதி, 12ம் வகுப்பு சான்றிதழில் (மதிப்பெண் சான்றிதழ் அல்லது மாற்றுச் சான்றிதழ்) உள்ளவாறு மாற்றி மொபைல் எண்ணையும் இணைத்து அதன் நகலை கொடுக்கவும்.

**குறிப்பு**

- விண்ணப்பிக்க கட்டணம் ஏதும் இல்லை. விண்ணப்பங்கள் இலவசமாக வழங்கப்படும்
- [www.cutt.ly/mloptamil](http://www.cutt.ly/mloptamil) இந்த இணைப்பை பயன்படுத்தி ஆன்லைனிலும் விண்ணப்பிக்கலாம் அல்லது விண்ணப்பத்தை டவுன்லோடு செய்தும் விண்ணப்பிக்கலாம்.
- விண்ணப்பத்தை நகல் எடுத்து பயன்படுத்திக் கொள்ளலாம்.
- அனைத்து அரவிந்த் மையங்களிலும் விண்ணப்பப் படிவங்கள் கிடைக்கும்.
- இடைத்தரகர்கள் யாரும் கிடையாது.

**பூர்த்தி செய்த விண்ணப்பப் படிவத்தை  
நீங்கள் விரும்பும் அரவிந்த் கண் மருத்துவமனைக்கு அனுப்பவும்**

**மதுரை**

**ஆலிஸ்**

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை

1, அண்ணாநகர்

மதுரை - 625 020

போன்: 0452- 4356 100

**பாண்டிச்சேர்**

**R.V. செல்வராணி**

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை

தவளைக்குப்பம் ஜங்ஷன், கடலூர் ரோடு

பாண்டிச்சேரி - 605 007

போன்: 0413 - 261 9100

**தேனி**

**கௌரி**

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை

பெரியகுளம் ரோடு

தேனி - 625 531

போன்: 04546 - 252 658

**சென்னை**

**ரேணுகா**

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை

பூந்தமல்லி நெடுஞ்சாலை

நூம்பல் சவீதா பல் மருத்துவக்கல்லூரி எதிரில்

சென்னை - 600 077

போன்: 044 - 40956100

**திருநெல்வேலி**

**V. ஆறுமுகம்**

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை

சுவாமி நெல்லையப்பர் ஹை ரோடு

திருநெல்வேலி - 627 001

போன்: 0462 - 4356 100

**சேலம்**

**S. ரம்யா**

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை

காளியம்மன் கோவில் எதிரில்

சங்ககிரி மெயின் ரோடு நெத்திமேடு

சேலம் - 636 002

போன்: 0427 - 235 6100

**கோயம்புத்தூர்**

**சுலோச்சனா**

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை

அவினாசி ரோடு

கோயம்புத்தூர் - 641 014

போன்: 0422 - 436 0400

**திருப்பதி**

**சங்கீதா**

SV அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை

அலிப்பிரி - 200 பார்க் ரோடு

NCC வளாகம் பின்புறம், திருப்பதி - 512 505

போன்: 0877 - 2502100