

നമ്പർ.T. 1360/2019/പി.എച്ച്.ടി.എസ്

പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് ട്രെയിനിംഗ് സ്കൂൾ  
തിരുവനന്തപുരം  
തീയതി; 10/07/2019  
ഫോൺ നമ്പർ 0471 2479492

### സർക്കുലർ

വിഷയം : പി.എച്ച്.ടി.എസ് - ഡി.എച്ച്.ഐ.സി - റീ അപ്പീയറൻസ് പരീക്ഷ ആഗസ്റ്റ് 2019 - അപേക്ഷ ക്ഷണിക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച്

സൂചന : സർക്കാർ ഉത്തരവ് നമ്പർ 1262/K2/13/H&FWD തീയതി; 22.03.2013.

ഡി.എച്ച്.ഐ കോഴ്സിന്റെ ഒന്നാം വർഷത്തേയും അവസാന വർഷത്തേയും റീ അപ്പീയറൻസ് പരീക്ഷ ആഗസ്റ്റ് 2019 ൽ നടത്തുവാനായി ഉദ്ദേശിക്കുന്നു. പരീക്ഷയിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിനുള്ള ഫീസിന്റെ ഘടന ചുവടെ ചേർക്കുന്നു.

1. അപേക്ഷ ഫാറം രൂപ 10/-
2. പരീക്ഷ ഫീ ഓരോ പേപ്പറിനും രൂപ 150/- വീതം
3. പരീക്ഷ ഫീ (റിഅപ്പീയറൻസ്) ഓരോ പേപ്പറിനും രൂപ 200/- വീതം
4. മാർക്ക് ലിസ്റ്റ് ഓരോ വർഷത്തിനും രൂപ 50/- വീതം
5. ഡിപ്ലോമ ലഭിക്കുന്നതിന് രൂപ 100/- (ഡിപ്ലോമയ്ക്ക് അപേക്ഷ നൽകുന്ന സമയത്ത്)

വിദ്യാർത്ഥികൾ അവർ ഇതുവരെ എഴുതിയ ഡി.എച്ച്.ഐ പരീക്ഷകളുടെ മാർക്ക് ലിസ്റ്റുകളുടെ ശരിപ്പകർപ്പും എസ്.എസ്.എൽ.സി സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ശരിപ്പകർപ്പും റിഅപ്പീയറൻസ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്. അല്ലാത്തവ യാതൊരുമുന്നറിയിപ്പുമില്ലാതെ നിരസിക്കുന്നതായിരിക്കും. ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ മാർക്ക് ലിസ്റ്റ് ലഭ്യമായിട്ടില്ലെങ്കിൽ മാർക്ക് ലിസ്റ്റിന് പകരം കോളേജ് പ്രിൻസിപ്പാൾ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ റിസൾട്ടിന്റെ പകർപ്പ് അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിച്ചാൽ മതിയാകും. കോളേജ് അധികൃതർ ഫീസിനത്തിലുള്ള തുക മുഴുവനായും സ്വീകരിച്ച് ഓരോ ബാച്ചിനും പ്രത്യേകം സ്റ്റേറ്റ്മെന്റും വച്ച് അതോടൊപ്പം ഡി.ഡി (എസ്.ബി.ഐ യിൽ നിന്നുള്ളത്) സെക്രട്ടറി, പാരാമെഡിക്ൽ കൗൺസിൽ തിരുവനന്തപുരത്തിന്റെ പേരിൽ എടുത്ത് എസ്.ബി.ഐ മെയിൻ ബ്രാഞ്ച്, തിരുവനന്തപുരത്ത് മാറേണ്ട വിധം അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്. എസ്.സി/എസ്.ടി വിഭാഗത്തിലുള്ള കുട്ടികളും റീ അപ്പീയറൻസ് പരീക്ഷയ്ക്ക് ഫീസ് അടയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

കോഴ്സ് പൂർത്തിയാക്കുന്നതിന് മുമ്പുള്ള റീ അപ്പീയറൻസിന് പുറമേ സൂചനയിലെ സർക്കാർ ഉത്തരവിൽ നാല് റീ അപ്പീയറൻസാണ് തോറ്റ വിദ്യാർത്ഥികൾക്ക് നൽകിയിരിക്കുന്നത്. ഈ വിദ്യാർത്ഥികൾ കോഴ്സ് പൂർത്തിയാക്കിയ വർഷം മുതൽ നാല് വർഷത്തിനകം ഈ നാല് അവസരം ഉപയോഗപ്പെടുത്തി പരീക്ഷ പാസാകേണ്ടതാണ്.

ഫോട്ടോ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്താത്തതും പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിക്കാത്തതുമായ അപേക്ഷകൾ തിരസ്കരിക്കുന്നതാണ്. അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുന്ന അവസാന തീയതി 25.07.2019 അപേക്ഷ ഫാറം ഈ സർക്കുലറിനോടൊപ്പം ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ [www.dhs.kerala.gov.in/results](http://www.dhs.kerala.gov.in/results) ൽ പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. അപേക്ഷയും ഡി.ഡിയും പ്രിൻസിപ്പാൾ,പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് ട്രെയിനിംഗ് സ്കൂൾ, തിരുവനന്തപുരം - 695035 എന്ന മേൽവിലാസത്തിൽ അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

നോഡൽ ആഫീസർ(ഡി.എച്ച്.ഐ.സി)/  
പ്രിൻസിപ്പാൾ,പബ്ലിക് ഹെൽത്ത് ട്രെയിനിംഗ് സ്കൂൾ

# **Para Medical Council**

## Application for Registration of DHIC Examination - (1<sup>st</sup> / 2<sup>nd</sup> Year)

(Separate application should be submitted for 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> year examination)

Batch :

Register No. (Office Use)

---

1. Centre and Place of Examination

(In Capital letters)

---

2. Name of the Candidate as entered in the qualifying certificate (In capital letters) (Copy of SSLC/+2 certificate to be enclosed)

In mother tongue

In English

---

3. Age and date of Birth

---

4. Religion, Community, Subdivision if any

Whether belonging to SC/ST/OBC/OEC. Specify.

---

5. Name of Father/Mother/Guardian  
with relationship.

---

6. College at which the candidate

has studied for the course.

7.	The Subjects for which the candidate is appearing now.	Paper I	Paper II	Paper III	Paper IV	Paper V
	Part(s).					
(Write all papers for whole examination otherwise use '✓' mark to papers for which the candidate is appearing)						

8. Whether appearing for the examination for the first time. Yes/No

9. Details of previous appearance for each paper (Should be correctly entered by reappearance candidates)								
	Centre and Place of Examination	Paper	Subjects	Reg. NO.	Month & Year	Whether passed or not	No. of chances taken after completion of the course	Year in which completed the course

10	Permanent Address (In capital letter)	Communication Address (With Phone No).
11.	Name and official address of the identifying officer. Put dated Signature of the identifying officer on the photograph(Office Seal)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;">           Passport size photograph (bust) to be pasted &amp; signed by identifying officer         </div>

Examination fee remittance & details - DD no and amount paid

Declaration

I hereby declare that the information given by me in this application is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of applicant

Name

## **INSTRUCTIONS FOR SUBMITTING THE APPLICATION**

1. All columns should be carefully filled in by the candidate in his/her own handwriting.
2. All enclosures to be placed between the Application form and Hall ticket form.
3. Name of the candidate should be entered EXACTLY as in the qualifying certificate (S.S.L.C/+2/Pre Degree/Degree)

Name containing more than one word should be shown separately.

4. Last date for receipt of application will be the date for receipt of the same at the Public Health Training School Office. Applications received after the last date prescribed/defective and not accompanied by documents and prescribed fee shall be summarily rejected.
7. **Remittance of fee:** Fee may be remitted by way of D.D(in favour of Para Medical Council) D.D must be payable at SBT Main Branch, Thiruvananthapuram.

a) Application Fee : Rs.10/-

b) ~~Examination Fee: Rs.150/- Per Paper.~~

c) Reappearance : Rs.200/- Per Paper

d) Mark list fee : Rs.50/-

e) Certificate fee : Rs.100/- (Should be remitted at the time of applying for Diploma.)

All candidates should remit application fee & mark list fee along with the examination fee and submit the D.D.

**All Columns in the application form should be correctly filled. Number, year and month of previous reappearance should be entered correctly. Other wise application will be rejected.**

**Para Medical Council**

Government of Kerala

**HALL TICKET**

Diploma in Health Inspector Course 1<sup>st</sup> year/ 2<sup>nd</sup> year

Batch .....

Month and year of Examination .....

Centre and Place of

Examination (Capital Letter) :

Name of the candidate :

(Capital Letter)

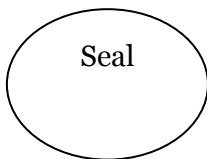
Permanent address :

Reg. No: (Office use)

Paper for which candidate is appearing.

Part	Subjects	Regular/Reappearance
Total Number of paper for which registered		
(..... in words)		

Name and official Address of identifying Officer and put dated signature of the identifying officer on the photograph (Office Seal)



Signature & Seal

Principal, Public Health Training School



Signature of Candidate

(to be signed in the presence of the Identifying Officer)