



ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം
വഞ്ചിയൂർ.പി.ഒ, തിരുവനന്തപുരം, പിൻ -695035
ഫോൺ: 04712302490 ഫാക്സ്:04712303025/20303080
ഇ-മെയിൽ :dhskerala.hlth@kerala.gov.in
വെബ്സൈറ്റ്: www.dhs.kerala.gov.in

No. DHS/23691/2025-EA1

തീയതി: 25-09-2025

സർക്കുലർ

ആവ - ജീവനക്കാര്യം - പോലീസ് വകുപ്പിലെ ഹോസ്പിറ്റലുകളിൽ
വിഷയം: മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ തസ്തികയിൽ അന്യത്ര സേവന വ്യവസ്ഥയിൽ
സേവനമനുഷ്ഠിക്കുന്നതിന് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച്

സൂചന: നം. A3/622/2025-HEALTH, തീയതി 20.09.2025

പോലീസ് വകുപ്പിന് കീഴിൽ വരുന്ന താഴെ പറയുന്ന യൂണിറ്റ്
ആശുപത്രികളിൽ നിലവിൽ ഒഴിവുള്ള മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ തസ്തികയിൽ
അന്യത്ര സേവന വ്യവസ്ഥയിൽ സേവനമനുഷ്ഠിക്കുന്നതിന് താല്പര്യമുള്ള
അസിസ്റ്റന്റ് സർജൻ / കാഷ്വാലിറ്റി മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ തസ്തികയിൽ
സേവനമനുഷ്ഠിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാരിൽ നിന്നും ബയോഡേറ്റ
ഉൾപ്പെടെയുള്ള അപേക്ഷ 15.10.2025 തീയതിയ്ക്ക് അകം ഈ കാര്യാലയത്തിൽ
സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

1. പോലീസ് ആശുപത്രി, കോട്ടയം
2. പോലീസ് ആശുപത്രി, എം.എസ്.സി ബറ്റാലിയൻ, മലപ്പുറം
3. പോലീസ് ആശുപത്രി, കെ എ പി 3 ബറ്റാലിയൻ, പത്തനംതിട്ട
4. പോലീസ് ആശുപത്രി, പാലക്കാട്

Signed by

Reena K J

Date: 25-09-2025 15:45:02

ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടർ

സ്വീകർത്താവ്

എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും. (സർക്കുലർ എല്ലാ കീഴ് സ്ഥാപനങ്ങളിലേയ്ക്കും അയയ്ക്കേണ്ടതും അപേക്ഷ ലഭ്യമാകുന്ന മുറയ്ക്ക് ആയത് മേൽ പരാമർശിച്ച തീയതിയ്ക്കകം ഈ കാര്യാലയത്തിൽ അയയ്ക്കേണ്ടതുമാണ്.)

STATEMENT UNDER THE RULES 144 (KSR PART I) Vide Circular
Memorandum No. 42765/Rule-3/62/Fin. Dated 15.06.1962
APPLICATION FOR THE APPOINTMENT IN POLICE HOSPITALS

1. Name of the Government Servant & :
PEN
2. Date of Birth :
3. To whom lent :
4. Official Designation :
5. Scale of pay of the post in :
Government service held
6. Head of account to which pay was :
debitable before transfer
7. Monthly rate of pay sanctioned in :
Foreign service
8. Service rules applicable :
9. Rate on monthly contribution :
provisionally fixed under rule
(a) Leave Salary
(b) Pension
10. When lent :
11. Where to be recovered :
12. Whether creditable to State or :
Central
13. Date of termination of Foreign :
Service
14. Phone No. (Office) :

Mobile No.
15. Email Address :

Place :
Date :

Signature of Applicant

Counter Signature of
Head of Institution

BIODATA

1. Name & PEN :
2. Post held and name of office :
3. Present Pay and Scale of Pay :
4. Age & Date of Birth :
5. Qualifications :

(a) General

(b) Special

6. Experience :
7. Permanent (Residential Address) :
8. Email address :
9. Phone No. (Office) :

Mobile No.

10. Remarks :

Place :

Signature of Applicant

Date :

DECLARATION

I.....(PEN:.....) declare that I am willing to serve the entire period of deputation as Medical Officer in Police Hospitals (----Specify the place) and will not demand for reversion before the tenure of the deputation expires.

Signature of applicants

Place :

Date :

Counter signature of head of Institution