ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം

വഞ്ചിയൂർ.പി.ഒ., തിരുവനന്തപുരം. പിൻ - 695035

ഫോൺ: 0471 2302490 വെബ്സൈറ്റ്: www.dhs.kerala.gov.in

ഇ-മെയിൽ: dhskerala@gmail.com, dhskerala.hlth@kerala.gov.in

നം: **DHS/23970/2026-EL4** തീയതി: **28-10-2026**

സർക്കുലർ

വിഷയം:- ആവഡ - ജീവനക്കാര്യം - ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ **31.12.2025** വരെയുള്ള കാലളവിലെ ഫാർമസിസ്റ്റ് **Gr.II** തസ്തികയിലെ ജീവനക്കാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച്:-

സൂചന:- ഉത്തരവ് നം. ഇ.എസ്3/6081/2022/ആ.വ.ഡ, തീയതി **25.05.2023**

ആരോഗ്യവകുപ്പിൽ **31.12.2021** വരെയുള്ള കാലയളവിലെ ഫാർമസിസ്റ്റ് ഗ്രേഡ് **2** ജീവനക്കാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക സൂചന പ്രകാരം പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിരുന്നു. ഇതിന്റെ തുടർച്ചയായി **31.12.2025** വരെ കാലയളവിൽ ഫാർമസിസ്റ്റ് ഗ്രേഡ് **2** തസ്തികയിൽ **PSC** നിയമന ശിപാർശ ലഭിച്ച് സേവനത്തിൽ പ്രവേശിച്ചിട്ടുള്ള ജീവനക്കാരുടെ സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കേണ്ടതുണ്ട്. **01.01.2022** മുതൽ **31.12.2025** വരെ കാലയളവിൽ ഫാർമസിസ്റ്റ് ഗ്രേഡ് **2** തസ്തികയിൽ സേവനത്തിൽ പ്രവേശിച്ചിട്ടുള്ള ജീവനക്കാർ ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുള്ള പ്രോഫോർമയിൽ സേവന വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തി ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ സഹിതം **15.11.2026**

തീയതിയ്ക്കകം സ്ഥാപന മേധാവികൾക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. സ്ഥാപന മേധാവികൾ ഈ ജീവനക്കാരുടെ പ്രൊഫോർമ സേവന പുസ്തകവുമായി ഒത്തു നോക്കി വിവരങ്ങൾ ശരിയാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി സംക്ഷിപ്ത പട്ടിക തയ്യാറാക്കി, "ഈ ഓഫീസിൽ ഫാർമസിസ്റ്റ് ഗ്രേഡ് **2** തസ്തികയിൽ ജോലി ചെയ്യുന്ന ഇക്കാലയളവിലുള്ള എല്ലാ ജീവനക്കാരെയും ഈ പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്" എന്ന് രേഖപ്പെടുത്തിയ ആമുഖ കത്തോടുകൂടി പ്രൊഫോർമ, ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ എന്നിവ സഹിതം **30.11.2026** തീയതിയ്ക്കകം അതാത് ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ വിശദമായ പരിശോധന നടത്തി പ്രൊഫോർമകൾ പരിശോധിച്ച് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ ശേഷം ജില്ലയിൽ നിന്നും പ്രൊഫോർമകൾ എല്ലാം കൂടി സ്വരൂപിച്ച് ഈ ജീവനക്കാരുടെ ജില്ലകളിൽ നിന്നുള്ള പി.എസ്.സി അഡ്വൈസിന്റെ മുഴുവൻ പകർപ്പ്, ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ നിയമന ഉത്തരവിന്റെ മുഴുവൻ പകർപ്പ്, ആശ്രിത നിയമനമാണെങ്കിൽ ആയത് സംബന്ധിച്ച ഉത്തരവുകൾ , അന്തർ ജില്ലാ സ്ഥലം മാറ്റം, ശൂന്യവേതനാവധി, **90** ദിവസത്തിൽ കൂടുതലുള്ള ജോയിനിംഗ് ടൈം എക്സ്റ്റൻഷൻ, സൂപ്പർന്യൂമററി തസ്തികയിലുള്ള നിയമനം , ആശ്രിതനിയമനം എന്നിവ ഉണ്ടെങ്കിൽ ആയത് സംബന്ധിച്ച ഉത്തരവിന്റെ പകർപ്പുകൾ എന്നിവ സഹിതം **15.12.2026** തീയതിയ്ക്കകം ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടർക്ക് അസൽ സഹിതം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. കൂടാതെ ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുള്ള എക്സൽ ഷീറ്റിൽ വിവരങ്ങൾ ഉൾക്കൊള്ളിച്ച് **15.12.2026** തീയതിയ്ക്കകം ആയത് **elsectiondhs@gmail.com** എന്ന ഇ-മെയിൽ വിലാസത്തിലും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. എക്സൽ ഷീറ്റിന്റെ ഒരു മാതൃക നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ടി മാതൃകയും ഫോർമാറ്റും കൃത്യമായി പാലിക്കേണ്ടതാണ്.

വിശ്വസ്തതയോടെ,

Digitally signed by
R.S. Priya
Date: 28-10-2026
17:11:45

JUNIOR SUPERINTENDENT

സ്വീകർത്താവ്:

എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും. (ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഡയറക്ടറുടെ ഔദ്യോഗിക വെബ് സൈറ്റ് മുഖേന

(ബന്ധപ്പെട്ട ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ എല്ലാ കീഴ് സ്ഥാപനങ്ങൾക്കും സീനിയോറിറ്റി പട്ടിക തയ്യാറാക്കുന്നതിനായി അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുന്ന വിവരം ഇ-മെയിൽ മുഖാന്തിരം അറിയിക്കേണ്ടതാണ്. സർക്കുലർ പ്രസിദ്ധപ്പെടുത്തിയ വിവരം സ്ഥാപനങ്ങളുടെ നോട്ടീസ് ബോർഡിൽ എഴുതി പ്രദർശിപ്പിക്കാൻ നിർദ്ദേശം നൽകേണ്ടതുമാണ്.)

Proforma for preparation of Seniority List of Pharmacist Gr II as on 31.12.2025.

1	Name (In capital)		:	
2	PEN		:	
3	Designation		:	
4	Present Station with District		:	
5	Date of Birth		:	
6	Qualification (General & Technical)		:	
7	Details of Regular Appointments:-			
	a)	Method of Appointment	:	
	b)	PSC Advice No. And Date (If more than one PSC appointment, the last PSC Advice No & Date should be attached)	:	
	c)	Government Order if any	:	
	d)	Appointment Order No. And date (Copy of order should be attached)	:	
	e)	Date of joining in regular service	:	
8	Other service details:-			
	a)	Date of entry in service	:	
	b)	Whether availed extension of joining time	:	
	If so,			
	(i)	Period, OrderNo. & Date (copy should be attached)	:	
	(ii)	Date of joining duty	:	
9	Details of service Regularization in Pharmacist Gr.II - Order No. & Date (copy should be attached)		:	
10	Details of Declaration of probation – Order No., date and date of effect of probation (Copy should be attached)		:	
11	Details of Inter District Transfer, if any in the entry cadre		:	
	a)	Inter District Transfer order No.&	:	

		date(Copy should be attached)		
	b)	District to which transferred	:	
	c)	Date of joining in new district	:	
12	Details of LWA if any:-			
	a)	Period of LWA, Purpose	:	
	b)	Sanction Order No.and date(Copy should be attached)	:	
	c)	Date of rejoining after LWA	:	
13	Other relevant information		:	
14	Whether supernumerary appointment (Yes/ No)Details should be attached.		:	
15	Mobile No.		:	

Date: **Signature of the incumbent**

Certified that the service particulars furnished above are verified with respective service register and relevant records and found correct.

Signature of Head of Institution

Verification Report

Certified that the service particulars furnished above are verified with respective service register and relevant records and found correct.

Verified by :
Signature of Clerk: **Signature of District Medical Officer (H)**
Name of Clerk :
Date: