

ഫോൺ നമ്പർ : 0471 - 2478759  
: 0471 - 2478758

(ക്ര.നം  
Sl.No

**പൊതു അപേക്ഷാ ഫാറം / COMMON APPLICATION FOR REGISTRATION**  
**കേരള ഡെന്റൽ കൗൺസിൽ**  
**KERALA DENTAL COUNCIL**  
**(താൽക്കാലിക/സ്ഥിര/അധികയോഗ്യത രജിസ്ട്രേഷൻ) /**  
**(Provisional/Permanent/Additional Qualifications)**

ഫോട്ടോ  
Photo (Passport Size)  
ഫോട്ടോയ്ക്കു കുറുകെ  
(മുഖം ഒഴിവാക്കി )  
അപേക്ഷകൻ/ അപേ  
ക്ഷക ഒപ്പിട്ടിരിക്കണം.  
(To be attested by the  
applicant by signing  
across)

1. അപേക്ഷകന്റെ /അപേക്ഷകയുടെ പേര്  
Name (in block letters) .....
2. സ്ഥിര വിലാസം (പിൻകോഡ് സഹിതം)  
ടെലഫോൺ നമ്പർ (എസ്.റ്റി.ഡി കോഡ് സഹിതം)  
/മൊബൈൽ നമ്പർ  
Permanent address with PIN code (in block letters)  
Tel.No. (with STD code) /Mobile No  
(മേൽവിലാസത്തിൽ വരുന്ന മാറ്റം 30 ദിവസത്തിനകം  
രജിസ്ട്രാറെ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്)  
(Subsequent changes in the address should be reported to  
the Registrar within 30 days, without fail)  
.....  
.....  
.....  
.....
3. ഇ-മെയിൽ വിലാസം  
E-mail address/ID .....
4. ഇനീഷ്യലിന്റെ പൂർണ്ണരൂപം  
Expansion of initial(s), if any .....
5. മാതാവിന്റെ പേര്  
Mother's name (in block letters) .....
6. പിതാവിന്റെ പേര്  
Father's name( in block letters) .....



7. ജനന തീയതി : അക്കത്തിൽ  
 Date of birth : in figures     
 : അക്ഷരത്തിൽ  
 : In words .....

8. പുരുഷനോ സ്ത്രീയോ(✓)  
 Sex പു M  സ്ത്രീ F

9. ദേശീയതയും സംസ്ഥാനവും  
 Nationality and state .....

10. ഏതു തരം രജിസ്ട്രേഷൻ എന്നത് (✓)  
 Type of registration needed:  
 താൽക്കാലികം സ്ഥിരം അധികയോഗ്യത  
    
 Provisional Permanent Additional Qualification

11. രജിസ്റ്റർ ചെയ്യേണ്ട യോഗ്യതയുടെ പേര്  
 Qualification to be registered .....

12. അപേക്ഷകൻ പഠിച്ച കോളേജ്, യൂണിവേഴ്സിറ്റി,  
 സംസ്ഥാനം, പഠനകാലാവധി പാസ്സായ വർഷം  
 Name of College and University in which the applicant  
 studied, State and period of study, year of pass .....

13. താങ്കളുടെ ബിരുദം/ഡിപ്ലോമ ഇന്ത്യൻ ഡെന്റൽ  
 കൗൺസിലിന്റെ അംഗീകാരമുള്ളതാണോ?  
 Whether the Degree/Diploma recognized by the Dental  
 Council of India. ....

14. അന്യ സംസ്ഥാന രജിസ്ട്രേഷനെ സംബന്ധിച്ച്.  
 Details of registration with other State Dental  
 Council.  
 (എ) കൗൺസിലിന്റെ പേര്  
 (a) Name of Council .....

(ബി) രജിസ്റ്റർ നമ്പരും രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത തീയതിയും  
 (a) Reg.No. and date of registration .....

(സി) രജിസ്ട്രേഷന്റെ നിലവിലുള്ള അവസ്ഥ  
 (c) Present status of registration .....

(ഡി) നിലവിൽ രജിസ്ട്രേഷൻ ഉണ്ടെങ്കിൽ ബന്ധപ്പെട്ട ഡന്റൽ കൗൺസിലിൽ നിന്നും നിരാകരണ പത്രം ഹാജരാക്കിയിട്ടുണ്ടോ?

(d) If so state whether produced original N.O.C from the Council in which he/she has registered

(ഇ) ഡന്റൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യക്ക് നിരാകരണ പത്രത്തിനു വേണ്ടി അപേക്ഷിച്ച തീയതി.

(e) Date of application to the Dental Council of India for NOC.

<p>15. രജിസ്ട്രേഷൻ ഫീസ് ഒടുക്കിയതു സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ</p> <p>Details regarding remittance of fee:</p> <p>(i) തുക (amount)</p> <p>(ii) ചെലവൻ /ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ് നം. തീയതി Chellan/ DD Number with Date.</p> <p>(iii) ബാങ്ക് (Bank)</p>	<p>താൽക്കാലികം Provisional</p> <p>രൂപ(Rs).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>സ്ഥിരം Permanent</p> <p>രൂപ(Rs).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>അധികയോഗ്യത Additional Qualification</p> <p>രൂപ.(Rs).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	---	---

**സത്യപ്രസ്താവന- I / Declaration – I**

I.....(name in full and in capital letters) hereby declare that the statements made in the application form are true to the best of my knowledge and belief. I promise in the event of my being registered and in consideration thereof to be bound by and to confirm in all respects of the rules, regulations etc., framed by the Council from time to time in force

..... ഈ അപേക്ഷയിൽകൊടുത്തിട്ടുള്ള എല്ലാ വിവരങ്ങളും എന്റെ അറിവിലും ഉത്തമവിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും, എനിക്ക് രജിസ്ട്രേഷൻ നൽകപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ കൗൺസിലിന്റെ നിലവിലുള്ളതും കാലാകാലങ്ങളിൽ നിലവിൽ വരാവുന്നതുമായ എല്ലാ ചട്ടങ്ങളും നടപടികളും അനുസരിച്ചുകൊള്ളാമെന്നും, ഞാൻ, ..... (പുരുണ്ണ മായ പേര്) ഇതിനാൽ പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്നു.

Place  
സ്ഥലം .....

Date  
തീയതി .....

Signature  
  
(ഒപ്പ്)

In the case of application for permanent dentist registration the following declaration should be furnished.

സ്ഥിര രജിസ്ട്രേഷനുവേണ്ടി അപേക്ഷിക്കുന്നവർ താഴെപ്പറയുന്ന സത്യപ്രസ്താവന പാലിക്കേണ്ടതാണ്.

I further declare that I have completed the prescribed period of Compulsory rotatory internship (C.R.I) as prescribed by the Dental Council of India.

ഡെന്റൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ അംഗീകരിച്ച നിശ്ചിത കാലയളവിലെ കമ്പൽസറി റെഗുലേറ്ററി ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂഷൻ (C.R.I) പൂർത്തിയാക്കിയതായി ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്നു.

Place

സ്ഥലം .....

Signature

Date

തീയതി .....

(ഒപ്പ്)

**സത്യപ്രസ്താവന -2 / Declaration -II**

(സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ അപേക്ഷിക്കുന്നവർ സമർപ്പിക്കേണ്ടത് / To be filed by the applicants seeking permanent registration)

1. ഞാൻ എന്റെ ജീവിതം മാനവസേവനത്തിനു വേണ്ടി പൂർണ്ണമായി സമർപ്പിക്കുന്നു.  
I solemnly pledge myself to dedicate my life to the service of humanity.
2. ഞാൻ ആർജ്ജിച്ച വൈദ്യശാസ്ത്രവിജ്ഞാനം യാതൊരുവിധ ഭീഷണിക്കു മുമ്പിലും മാനവനീതിക്കു വിരുദ്ധമായി വിനിയോഗിക്കുകയില്ല.  
Even under threat, I will not use my knowledge of dentistry contrary to the laws of humanity.
3. എന്നെ സമീപിക്കുന്ന രോഗിക്കും ചികിത്സ എന്ന എന്റെ കൃത്യനിർവ്വഹണത്തിനുമിടയിൽ മതം, ദേശീയത, വർഗ്ഗം, കക്ഷിരാഷ്ട്രീയം, സാമൂഹികനില എന്നിവയ്ക്ക് യാതൊരുവിധ പരിഗണനയുമുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.  
I will not permit consideration of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient.
4. രോഗിയുടെ ആരോഗ്യസംരക്ഷണത്തിനു മാത്രമായിരിക്കും എന്റെ പ്രഥമ പരിഗണന.  
The health of my patient will be my first consideration.
5. രോഗിയെ സംബന്ധിച്ച് എനിക്ക് അറിയാവുന്ന ചികിത്സാ രഹസ്യങ്ങൾ വേണ്ടവിധം സൂക്ഷിച്ചു പോരുന്നതാണ്.  
I will maintain strict confidentiality about all information confided in me by the patient
6. വൈദ്യസേവനത്തിന്റെ ഭദ്രതയ്ക്കും മഹത്വവും കുലീനമായ പാരമ്പര്യവും നിലനിർത്തുന്നതിന് ഞാൻ പരമാവധി ശ്രമിക്കുന്നതാണ്.  
I will maintain by all means in my power, the honour and noble traditions of the dental profession,
7. സഹപ്രവർത്തകരോട് ഞാൻ ആദരവോടെയും അന്തസ്സോടെയും പെരുമാറുന്നതാണ്.  
I will treat my colleagues with all due respect and dignity.
8. അതതു കാലം ഭേദഗതി ചെയ്യപ്പെടുന്ന വിധമുള്ള എനിക്ക് ബാധകമായിട്ടുള്ള ചികിത്സാ സമ്പ്രദായത്തെ സംബന്ധിച്ചിട്ടുള്ള കോഡ് ഓഫ് എത്തിക്സ് അനുശാസിക്കുന്ന വൈദ്യശാസ്ത്ര നൈതിക മൂല്യസംഹിത ഞാൻ പാലിക്കുന്നതാണ്.  
I shall abide by the Code of Ethics prescribed by the Dental Council of India and as amended from time to time.

മേൽ പ്രസ്താവനകൾ ഉത്തമബോധ്യത്തോടെയും സർവ്വ സ്വാതന്ത്ര്യത്തോടെയും സ്വാഭാവികബോധ്യത്തോടെയും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു.  
I make these promises solemnly, freely and upon my honour.

സ്ഥലം (Place) : .....

ഒപ്പ് (Signature) : .....



തീയതി (Date) : ..... പേര് (Name) : .....

വിലാസം (Address): .....

.....

.....

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിനു മാത്രം  
FOR OFFICE USE ONLY

പൊതു നിർദ്ദേശങ്ങൾ / GENERAL INSTRUCTIONS

1. കൗൺസിൽ കാര്യാലയത്തിൽ നിന്നും ലഭ്യമാകുന്ന നിശ്ചിത ചലാൻ ഫാറം ഉപയോഗിച്ചോ കേരള ഡെന്റൽ കൗൺസിൽ രജിസ്ട്രാറുടെ പേരിൽ സ്റ്റേറ്റ് ബാങ്ക് ഓഫ് ഇന്ത്യയുടെ തിരുവനന്തപുരം ശാഖയിൽ മാറാവുന്ന ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ് മുഖേനയോ അപേക്ഷാ ഫീസ് ഒടുക്കാവുന്നതാണ്. അപേക്ഷാഫീസ് : താൽക്കാലിക രജിസ്ട്രേഷൻ- 1000 രൂപ, സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ : 2800 രൂപ, അധിക യോഗ്യത (ഓരോന്നിനും) 1000 രൂപ, ദന്തൽ മെക്കാനിക്/ദന്തൽ ഹൈജീനിസ്റ്റ് : 1500 രൂപ. ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റിന്റെ പിറകുവശത്ത് അപേക്ഷകന്റെ പേരും വിലാസവും മൊബൈൽ നമ്പരും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതും അപേക്ഷാ ഫാറത്തിലെ നിശ്ചിത കോളത്തിൽ ഫീസ് സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതും ആണ്. ഒരിക്കൽ ഒടുക്കിയ ഫീസ് യാതൊരു കാരണവശാലും മടക്കി നൽകുന്നതല്ല. (ഫീസ് കാലാകാലങ്ങളിൽ ഉള്ള പരിഷ്കരണത്തിന് വിധേയമായിരിക്കുന്നതാണ്).

The required fee should be remitted by the special chelan issued by the Council along with the application form or by D.D payable at the State Bank of India, Thiruvananthapuram branch, drawn in favour of the Regsitrar, Kerala Dental Council (Provisional- Rs.1000/-, Permanent- Rs.2800/-, Additional- Rs.1000/- (for each qualification) Dental Mechanic / Dental Hygienist : Rs .1500/-. Name , address and Mobile No of the applicant should be written on the backside of the D.D and payment details should be fully entered in the column provided in the application form. Fee once remitted will not be refunded.(The fee shall be subject to revision from time to time).

2. അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും രേഖകൾ ഇംഗ്ലീഷോ മലയാളമോ ഒഴികെ മറ്റേതെങ്കിലും ഭാഷയിലുള്ളതാണെങ്കിൽ പ്രസ്തുത രേഖകളുടെ ശരി പരിഭാഷ നിയുക്ത ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെയോ അധികാരിയുടെയോ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലോടു കൂടി അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

If any of the required documents is in any language other than English or Malayalam, an authentic English translation of the document should be produced duly attested by a competent officer or Authority.

3. അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കുന്ന രേഖകളുടെ ശരിപകർപ്പുകൾ കേരള സർക്കാരിന്റെ ഒരു ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയിരിക്കേണ്ടതും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേരും തസ്തികയും ഓഫീസ് മുദ്രയും കൃത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കേണ്ടതും ആണ്. അല്ലാത്തപക്ഷം അപേക്ഷ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.

Copies of documents produced along with the application shall be attested by a Gazetted Officer of the Kerala

Government, affixed with name designation seal and office seal. Otherwise application will not be considered.

- 4. അപേക്ഷകനോ അപേക്ഷകൻ രേഖാമൂലം അധികാരപ്പെടുത്തുന്ന ആൾക്കോ അല്ലാതെ മറ്റാർക്കും രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് കൈമാറുന്നതല്ല. അപേക്ഷകന്റെ അധികാരപത്രവുമായി വരുന്നവർ കൗൺസിൽ രജിസ്ട്രാർ ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഫോട്ടോ പതിച്ച തിരിച്ചറിയൽ രേഖകൾ കൂടി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.

No certificate will be given to any person other than the applicant and the authorized representative. The authorised representative shall in addition to the authorization, produced such photo affixed identity card as to the satisfaction of the Registrar.

- 5. അപേക്ഷയും ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ കത്തിടപാടുകളും രജിസ്ട്രാർ, കേരള ഡെന്റൽ കൗൺസിൽ, ത്രിവേണി നഴ്സിംഗ് ഹോമിന് സമീപം അമ്പലത്തുറമുക്ക്, വഞ്ചിയൂർ പി.ഒ, തിരുവനന്തപുരം -695035 എന്ന വിലാസത്തിൽ അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

Application form and all other correspondence shall be addressed to The Registrar, Kerala Dental Council, Near Triveni Nursing home,Ambalathumukku, Vanchiyoor P.O, Thiruvananthapuram – 695035

- 6. പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷയുടെ പകർപ്പ് അപേക്ഷകൻ /അപേക്ഷക സൂക്ഷിക്കേണ്ടതാണ്.

The candidates may keep a photostat copy of the filled in application form for future reference.

പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ /

Documents to be produced along with the duly filled application form

I. താൽക്കാലിക രജിസ്ട്രേഷൻ / Provisional Registration

Note : Provisional dentist registration is given only to candidate who have successfully completed their BDS course from dental colleges situated in the State of Kerala.

- 1. 1969ലെ ജനന-മരണ രജിസ്ട്രേഷൻ നിയമപ്രകാരം ലഭിച്ച ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ശരിപകർപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ എസ്.എസ്.എൽ.സി സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ജനനത്തീയതി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള പേജിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്

Attested copy of the Birth Certificates issued under the Registration of Births & Deaths Act, 1969 or SSLC Certificate to prove date of birth.

- 2. സർവ്വകലാശാല നൽകിയിട്ടുള്ള പാസ് സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ/പ്രൊവിഷണൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.

Attested copy of provisional Certificate/Pass Certificate issued by the university concerned.

- 3. അപേക്ഷാ ഫീസ് ഒടുക്കിയതിനുള്ള ചെലവ് രശീതി/ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ്.

Chelan receipt/ D.D by which remittance of application fees was made.

- 4. അപേക്ഷകന്റെ ഒരേ പോലുള്ള, പാസ്പോർട്ട് വലിപ്പത്തിലുള്ള, നാല് കളർ ഫോട്ടോഗ്രാഫുകൾ. അതിലൊന്ന് വെള്ളക്കടലാസിൽ ഒട്ടിച്ച് ആയത് അപേക്ഷകൻ/ അപേക്ഷക പഠിച്ച അതേ കോളേജിലെ പ്രിൻസിപ്പാൾ പേരും, തസ്തികയും, ഓഫീസ് മൂദ്രയും രേഖപ്പെടുത്തി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത് ആയിരിക്കേണ്ടതുമാണ്. ഫോട്ടോയുടെ വിഷൻ തിരശ്ചീനമായിട്ടുള്ളതും മൂഖം വ്യക്തമായും പൂർണ്ണമായും കാണുന്നതരത്തിലും ആയിരിക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷയോടൊപ്പം നൽകുന്ന ഫോട്ടോകൾ കൗൺസിലിന്റെ വെബ്സൈറ്റിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ അനുസരിച്ചുള്ളവ ആയിരിക്കേണ്ടതാണ്.

Four passport size colour photographs (identical) of which one should be affixed on a plain paper and attested by the Principal of the colleges in which the applicant studied by noting the name, designation and office seal

of the Principal. Photos produced along with the application shall satisfy the requirements as specified in the website of the council.

- 5. രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് തപാലിൽ അയയ്ക്കുന്നതിന് സ്വന്തം മേൽവിലാസമെഴുതിയ ആവശ്യത്തിന് സ്റ്റാമ്പ് ചെയ്ത കവർ.  
Self addressed Stamped envelope for sending the registration certificate.

**II. സ്ഥിര രജിസ്ട്രേഷൻ / Permanent Registration**

**A. കേരളത്തിൽ പഠിച്ച് യോഗ്യത നേടിയവർ / Those who studied inside Kerala**

- 1. 1969 ലെ ജനന മരണ രജിസ്ട്രേഷൻ നിയമപ്രകാരം ലഭിച്ച ജനനസർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ശരി പകർപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ എസ്.എസ്.എൽ.സി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ജനനത്തീയതി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള പേജിന്റെ ശരിപകർപ്പ്.  
Attested copy of the Birth Certificates issued under the Registration of Births & Deaths Act, 1969 or SSLC Certificate to prove date of birth.

പ്രൊവിഷണൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ഒറിജിനൽ.

Original Provisional Registration Certificate from Kerala Dental Council.

- 3. ഹൗസ് സർജൻസി / ഇന്റേൺഷിപ്പ് വിജയകരമായി പൂർത്തീകരിച്ച സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.  
Attested copy of House Surgeoncy/ Internship Certificate

- 4. സർവ്വകലാശാല നൽകുന്ന ബിരുദം/ പ്രൊവിഷണൽ ബിരുദം സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.  
Attested copy of Degree/ Provisional Degree Certificate from the University.

- 5. അപേക്ഷാ ഫീസ് ഒടുക്കിയതിനുള്ള ചലാൻ രശീതി / ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ്.  
Chelan receipt/ D.D by which remittance of application fees was made.

- 6. രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നതിന് പര്യാപ്തമായ 30 x 26 സെ.മീ. വലിപ്പത്തിലുള്ളതും സ്വന്തം വിലാസമെഴുതിയതും ആവശ്യത്തിന് തപാൽസ്റ്റാമ്പ് പതിച്ചതുമായ ക്ലോത്ത്-ലൈനിംഗ് ഉള്ള കവർ.  
Self addressed, stamped, cloth-lined envelope (30x 26cms) for sending the Registration Certificate.

- 7. അപേക്ഷകന്റെ ഒരേ പോലുള്ള പാസ്പോർട്ട് വലിപ്പത്തിലുള്ള, നാല് കളർ ഫോട്ടോഗ്രാഫുകൾ. അതിലൊന്ന് വെള്ളക്കടലാസിൽ ഒട്ടിക്കേണ്ടതും ആയതിന് അപേക്ഷകന്റെ ഛായാസാധ്യം ഫോട്ടോയ്ക്കു കുറുകെ ഒപ്പിട്ടുകൊണ്ട് കേരള സർക്കാരിനു കിഴിലുള്ള ഒരു ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാണ്. അത്തരത്തിൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേര്, തസ്തിക, ഓഫീസ് മുദ്ര എന്നിവ വ്യക്തമായും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. ഫോട്ടോയുടെ വിഷൻ തിരച്ചിലുമായിട്ടുള്ളതും മുഖം വ്യക്തമായും പൂർണ്ണമായും കാണുന്നതരത്തിലും ആയിരിക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷയോടൊപ്പം നൽകുന്ന ഫോട്ടോകൾ കൗൺസിലിന്റെ വെബ്സൈറ്റിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ അനുസരിച്ചുള്ളവ ആയിരിക്കേണ്ടതാണ്. Four passport size colour photographs (identical) of which one should be affixed on a plain paper and certified to be the true likeness of the applicant by signing across the photograph by a Gazetted Officer of the Kerala state with name, designation, office seal and date and that should be attached with the application. Photos produced along with the application shall satisfy the requirements as specified in the website of the council.

**B. കേരളത്തിനു പുറത്ത് മറ്റു സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ നിന്നും യോഗ്യത നേടിയവർ / Those who are qualified from States outside kerala.**

മുകളിൽ II. A - ൽ പറയുന്ന രേഖകൾക്കു പുറമെ,

In addition to the above cited II A the following documents are attached

1. ഇന്ത്യൻ ഡെന്റൽ കൗൺസിലിലോ മറ്റു സംസ്ഥാന കൗൺസിലുകളിലോ നിലവിൽ സ്ഥിര രജിസ്ട്രേഷൻ ഉള്ളവർ ബന്ധപ്പെട്ട രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.  
Copy of the Permanent Registration Certificate, if registered in any other state council or Dental Council of India.
2. ഏതെങ്കിലും അന്യ സംസ്ഥാന കൗൺസിൽ നിലവിൽ സ്ഥിര രജിസ്ട്രേഷൻ ഉള്ള പക്ഷം ബന്ധപ്പെട്ട കൗൺസിൽ നൽകുന്ന അസ്സൽ നിരാകരണ പത്രം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.  
No Objection Certificate, in original, from the state council concerned if registered in any other state council.
3. അന്യ സംസ്ഥാന കൗൺസിൽ നിരാകരണ പത്രം കൊടുക്കാത്ത പക്ഷം, ആ കൗൺസിലുമായി യാതൊരു ബാധ്യതയില്ലെന്നും (ക്രിമിനൽ കേസുകളിൽ ഉൾപ്പെട്ടിട്ടില്ലായെന്നും മറ്റ് സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടില്ലായെന്നും കാണിച്ചുകൊണ്ട് 100/- രൂപ മൂല്യത്തിൽ ഒരു സത്യവാങ്മൂലവും അതാത് കൗൺസിൽ നിന്നുള്ള പ്രൊവിഷണൽ രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ അസ്സലും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. If NOC is not issued by other state Dental Council the concerned doctor should submit an affidavit in stamp paper of Rs 100/- stating that he/she never reported against or involved in any criminal case or undergoing disciplinary action and that he/she is not registered in any other dental council and also they should produce their original provisional registration certificate from the concerned dental council.

**അധിക യോഗ്യത / Additional Qualification Registration**

(ഡി) അധിക യോഗ്യത രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്നതിന് സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ  
(d) Documents to be submitted for registration of Additional qualification.

1. ഈ കൗൺസിൽ നിന്നും ലഭിച്ച സ്ഥിര രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.  
Attested copy of the Permanent Registration Certificate issued from this Council.
2. ഈ കൗൺസിൽ നിന്നും രജിസ്ട്രേഷൻ പുതുക്കി വാങ്ങിയ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.  
Attested copy of the renewal Certificate issued from this Council.
3. അധിക യോഗ്യത തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.  
Attested Copy of the certificate(s) of the additional qualification(s)
4. അപേക്ഷാ ഫീസ് ഒടുക്കിയതിനുള്ള ചലാൻ രശീത്/ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ്.  
Chelan receipt/ D.D by which remittance of application fee was made.
5. രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നതിന് പര്യാപ്തമായ 30 x 26 സെ.മീ. വലിപ്പത്തിലുള്ളതും സ്വന്തം വിലാസമെഴുതിയതും ആവശ്യത്തിന് തപാൽപ്പൊതി പതിച്ചതുമായ ക്ലോത്ത്-ലൈനിംഗ് ഉള്ള കവർ.  
Self addressed, stamped, cloth-lined envelope (30 x 26cms) for sending the Registration Certificate.
6. അപേക്ഷിക്കുന്ന അധിക യോഗ്യത ഡെന്റൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ അംഗീകരിച്ചത് ആയിരിക്കണം.  
The additional qualification shall be recognized by Dental Council of India

.....