

(ക്ര.നം  
Sl.No.

**അപേക്ഷാ ഫാറം / APPLICATION FOR REGISTRATION**  
**(ട്രാവൻകൂർ - കൊച്ചിൻ കൗൺസിൽ ഫോർ ഇന്ത്യൻ സിസ്റ്റം ഓഫ് മെഡിസിൻ**  
**TRAVANCORE- COCHIN COUNCIL OF INDIAN SYSTEMS OF MEDICINE**  
**(താൽക്കാലിക/സ്ഥിര/അധികയോഗ്യത രജിസ്ട്രേഷൻ) / (Provisional/Permanent/Additional**  
**Qualifications)**

ഫോട്ടോ  
(Photo)  
4.5x3.5 cm/സെ.മീ  
ഫോട്ടോയ്ക്കു കുറുകെ  
അപേക്ഷകൻ/ അപേക്ഷക  
ഒഴിയിരിക്കണം.  
(To be attested by the  
applicant by signing across)

- 1 അപേക്ഷകന്റെ /അപേക്ഷകയുടെ പേര്  
Name (in block letters) .....
  
- 2 സ്ഥിര വിലാസം (പിൻകോഡ് സഹിതം)  
Permanent address with PIN code (in block letters) .....  
 Tel.No. (with STD code) .....  
 (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. പിതാവിന്റെ പേര്  
Father's name( in block letters)

.....  
 .....  
 .....

6. ജനന തീയതി : അക്കത്തിൽ  
Date of birth : in figures

: അക്ഷരത്തിൽ  
: In words

.....  
 .....

7. പുരുഷനോ സ്ത്രീയോ(✓)  
Sex (tick)

പു M  F  സ്ത്രീ

8. ദേശീയതയും സംസ്ഥാനവും  
Nationality and state

.....  
 .....  
 ..

9. മതം. ജാതി  
Religion & Caste

.....  
 .....

10. ഏതു തരം രജിസ്ട്രേഷൻ എന്നത് (✓)  
Type of registration needed: (tick)

.....  
 .....

താൽക്കാലികം                      സ്ഥിരം                      അധികയോഗ്യത

                                                                          

Provisional                                      Permanent                                      Additional

11. രജിസ്റ്റർ ചെയ്യേണ്ട യോഗ്യതയുടെ പേര്  
Qualification to be registered

.....  
 .....

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

.....  
 .....  
 ..

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

.....  
 ..

14. അന്യ സംസ്ഥാന രജിസ്ട്രേഷനെ സംബന്ധിച്ച്.  
Details of registration with other State Medical Council.

.....  
 ..

(എ) കൗൺസിലന്റെ 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 മെഡിക്കൽ കൗൺസിലിൽ നിന്നും നിരാകരണ പത്രം ഹാജരാക്കിയിട്ടുണ്ടോ?  
 (d) If so state whether produced original N.O.C from the Council in which he/she has registered

15. രജിസ്ട്രേഷൻ ഫീസ് ഒടുക്കിയതു സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ	താൽക്കാലിക Provisional രൂപ (Rs) . . .	സ്ഥിരം Permanent രൂപ(Rs) . . . . .	അധികയോഗ്യത Additional രൂപ. (Rs) . . . . .
Details regarding remittance of fee:			
(i) തുക (amount)			
(ii) ചെലാൻ / ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ് നം. തീയതി Chellan/ DD Number and Date.			
(iii) ബാങ്ക്			
16. അപേക്ഷകൻ മറ്റേതെങ്കിലും ചികിത്സാസമ്പ്രദായത്തിൽ രജിസ്ട്രേഷൻ എടുത്തിട്ടുള്ള ആളാണെങ്കിൽ അത് സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ.			

If the applicant is registered in any other system of medicine details there of :-  
 (i) System of medicine  
 (ii) Qualification, College & University  
 (iii) Registration No. & Date

**സത്യപ്രസ്താവന- 1**

എന്ന ഞാൻ (പേര് പൂർണ്ണമായി വലിയ അക്ഷരത്തിൽ) മുകളിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള എല്ലാ വിവരങ്ങളും എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും 1953-ലെ ട്രാവൻകൂർ-കൊച്ചിൻ മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണേഴ്സ് ആക്റ്റിന്റെയോ, ഈ കൗൺസിലിന്റെയോ, സെൻട്രൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യൻ സിസ്റ്റംസ് ഓഫ് മെഡിസിന്റെയോ നിലവിലുള്ള ചട്ടങ്ങളിലും റഗുലേഷനുകളിലും പരാമർശിക്കുന്ന യാതൊരു അധോഗ്യതകളും ഉള്ളതല്ലെന്നും ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും സംസ്ഥാന ഭാരതീയ ചികിത്സാ വിഭാഗം കൗൺസിലിൽ എന്റെ പേര് രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്ന പക്ഷം ഈ കൗൺസിലിന്റെയും, സെൻട്രൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യൻ സിസ്റ്റംസ് ഓഫ് മെഡിസിന്റെയും നിലവിലുള്ളതും കാലാകാലങ്ങളിൽ ഭേദഗതി വരുത്തുന്ന പ്രകാരമുള്ളതുമായ എല്ലാ ചട്ടങ്ങളും റഗുലേഷനുകളും തൊഴിൽപരമായ പെരുമാറ്റച്ചട്ടങ്ങളും മറ്റെന്തെങ്കിലും പാലിക്കുന്നതാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സത്യം ചെയ്തു കൊള്ളുന്നു.

I..... (name in full and in capital letters) hereby declare that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief and I have no disqualifications mentioned in the Travancore-Cochin Medical Practitioners' Act, 1953, in the rules and regulations of this Council, and of the Central Council Indian Systems of Medicine for the time being in force, and I promise, in the event of my name being registered in the State Indian Systems of Medicine Council, to abide by all the existing rules and regulations, Code of Ethics and Etiquettes of this Council and of the Central Council Indian Systems of Medicine as amended from time to time.

സ്ഥലം :  
Station :  
തീയതി :  
Date :

ഒപ്പ്  
Signature

പേര്  
Name (in capital letters)

**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 concentrate 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 medical knowledge contrary to the laws of humanity.
3. ഭ്രൂണാവസ്ഥ മുതലുള്ള മനുഷ്യജീവനോട് ഞാൻ അങ്ങേയറ്റം ആദരവ് പുലർത്തുന്നതാണ്.  
I will maintain the utmost respect for human life from the time of conception.
4. എന്നെ സമീപിക്കുന്ന രോഗിക്കും ചികിത്സ എന്ന എന്റെ കൃത്യനിർവ്വഹണത്തിനുമിടയിൽ മതം,ദേശീയത,വർഗ്ഗം, കക്ഷിരാജ്യീയം, സാമൂഹികനില എന്നിവയ്ക്ക് യാതൊരു വിധ പരിഗണനയുമുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.  
I will not permit consideration of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient.
5. ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെ അടിസ്ഥാന പ്രമാണങ്ങൾ പ്രകാരം മനസാക്ഷിയോടും അന്തസ്സോടും കൂടി ഞാൻ തൊഴിൽ നിർവ്വഹണം നടത്തുന്നതാണ്.  
I will practice my profession with conscience and dignity, in accordance with the principles of Modern Medicine.
6. രോഗിയുടെ ആരോഗ്യസംരക്ഷണത്തിനു മാത്രമായിരിക്കും എന്റെ പ്രഥമ പരിഗണന.  
The health of my patient will be my first consideration.
7. രോഗിയെ സംബന്ധിച്ച് എനിക്ക് അറിയാവുന്ന ചികിത്സാ രഹസ്യങ്ങൾ വേണ്ടവിധം സൂക്ഷിച്ചു പോരുന്നതാണ്.  
I will respect the secrets of which are confided in me.
8. എന്റെ ഗുരുനാഥന്മാരോട് അർഹിക്കുന്ന ആദരവും നന്ദിയും ഞാൻ പുലർത്തുന്നതാണ്.  
I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due.
9. വൈദ്യസേവനത്തിന്റെ ഭ്രഷ്ടതയും മഹത്വവും കൃഷീനമായ പാരമ്പര്യവും നിലനിർത്തുന്നതിന് ഞാൻ പരമാവധി ശ്രമിക്കുന്നതാണ്.  
I will maintain by all means in my power, the honour and noble traditions of medical profession,
10. സഹപ്രവർത്തകരോട് ഞാൻ ആദരവോടെയും അന്തസ്സോടെയും ചെരുമാറുന്നതാണ്.  
I will treat my colleagues with all respect and dignity.
11. 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 as applicable to the system of medicine concerned as amended from time to time which applies to me.

മേൽ പ്രസ്താവനകൾ ഉത്തമബോധ്യത്തോടെയും സർവ്വ സ്വാതന്ത്ര്യത്തോടെയും സ്വാഭിമാനബോധത്തോടെയും 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

**പൊതു നിർദ്ദേശങ്ങൾ /GENERAL INSTRUCTIONS**

1. കൗൺസിൽ കാര്യാലയത്തിൽ നിന്നും ലഭ്യമാകുന്ന നിശ്ചിത ചലാൻ ഫാറം ഉപയോഗിച്ചോ, (ട്രാവൻകൂർ-കൊച്ചിൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ രജിസ്ട്രാറുടെ പേരിൽ ഏതെങ്കിലും Nationalized Bank-ൽ നിന്നും ഉള്ള സ്റ്റേറ്റ് ബാങ്ക് ഓഫ് ഇന്ത്യയുടെ സിറ്റി ശാഖയിൽ മാറാവുന്ന ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ് മുഖേനയോ അപേക്ഷാ ഫീസ് ഒടുക്കാവുന്നതാണ്. അപേക്ഷാഫീസ് : താൽക്കാലിക രജിസ്ട്രേഷൻ- 1000 രൂപ, സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ : 3000 രൂപ, അധിക യോഗ്യത (ഓരോന്നിനും) 2000 രൂപ. ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റിന്റെ പിറകുവശത്ത് അപേക്ഷകന്റെ പേരും വിലാസവും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതും അപേക്ഷാ ഫാറത്തിലെ നിശ്ചിത കോളത്തിൽ ഫീസ് സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതും ആണ്. ഒരിക്കൽ ഒടുക്കിയ ഫീസ് യാതൊരു കാരണവശാലും മടക്കി നൽകുന്നതല്ല.(ഫീസ് കാലാകാലങ്ങളിൽ ഉള്ള പരിഷ്കരണത്തിന് വിധേയമായിരിക്കുന്നതാണ്.

Fee can be remitted by the special chalan issued by the Council at the SBI City Branch, Thiruvananthapuram or by D.D. from any Nationalized Bank payable at SBI City Branch, Thiruvananthapuram, drawn in favour of the **Registrar, Travancore-Cochin Medical Councils, Red Cross Road, Thiruvananthapuram. Fee once remitted shall not be refunded under any circumstances.** (Provisional- Rs.1000/-, Permanent- Rs.3000/-, Additional- Rs.2000/- for each qualification). Name and address 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 date to date).

- 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 such photo affixed identity card as to the satisfaction of the Registrar.

- 5. അപേക്ഷയും ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ കത്തിടപാടുകളും രജിസ്ട്രാർ, ട്രാവൻകൂർ-കൊച്ചിൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽസ്, റെഡ് ക്രോസ് റോഡ്, തിരുവനന്തപുരം-695035 എന്ന വിലാസത്തിൽ അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

Application form and all other correspondence should be addressed to The Registrar, Travancore-Cochin Medical Councils, Red-Cross Road, Thiruvananthapuram-695035

**പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ / Documents to be produced along with the duly filled up application form**

**I. താൽക്കാലിക രജിസ്ട്രേഷൻ / Provisional Registration**

- 1. 1969ലെ ജനന-മരണ രജിസ്ട്രേഷൻ നിയമപ്രകാരം ലഭിച്ച ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ശരിപകർപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ എസ്.എസ്.എൽ.സി സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ 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.
- 2. സർവ്വകലാശാല നൽകിയിട്ടുള്ള പാസ് സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ/പ്രൊവിഷണൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്.  
Provisional Certificate/Pass Certificate issued by the university concerned.
- 3. അന്യസംസ്ഥാനങ്ങളിലെ സർവ്വകലാശാലയിൽ/കോളേജിൽ പഠനം പൂർത്തിയാക്കിയവർ ബന്ധപ്പെട്ട സർവ്വകലാശാലയിൽ നിന്നുള്ള നിരാകേഷപ പത്രവും ബന്ധപ്പെട്ട സംസ്ഥാന കൗൺസിലിൽ നിന്നും ലഭിച്ച താൽക്കാലിക രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.  
Copy of Provisional Registration Certificate from the state council and NOC from the University concerned, for those who studied in a college /university outside Kerala.
- 4. അപേക്ഷാ ചീസ് ഒടുക്കിയതിനുള്ള ചെലവ് രശീതി/ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ്.  
Chelan receipt/ D.D by which remittance of application fees was made.
- 5. രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് തപാലിൽ അയയ്ക്കുന്നതിന് സ്വന്തം മേൽവിലാസമെഴുതിയ കവർ.  
Self addressed envelope for sending the registration certificate.

**II. സ്ഥിര രജിസ്ട്രേഷൻ / Permanent Registration**

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

- 1. മുകളിൽ I.1 ൽ പറയുന്ന രേഖകൾ / As in I (1) above.
- 2. സർവ്വകലാശാല നൽകുന്ന ബിരുദ / പ്രൊവിഷണൽ ബിരുദ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്  
Copy of Degree / Provisional Degree Certificate from the University.
- 3. ഹൗസ് സർജൻസി / ഇന്റേൺഷിപ്പ് വിജയകരമായി പൂർത്തിയാക്കിയ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്.  
Copy of House Surgeoncy/ Internship Certificate
- 4. ട്രാവൻകൂർ-കൊച്ചിൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ നൽകുന്ന താൽക്കാലിക രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (അസ്സൽ).  
Provisional Registration Certificate ( in original) issued by the Travancore-Cochin Medical Council.
- 5. അപേക്ഷാ ചീസ് ഒടുക്കിയതിനുള്ള ചെലവ് 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 ക്ലോത്ത-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 ഛായാസാമ്യം ഫോട്ടോയ്ക്കു കടുവകെ ഒപ്പിട്ടു കൊണ്ട് കേരള സർക്കാരിനു കീഴിലുള്ള ഒരു ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാണ്. അത്തരത്തിൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേര്, തസ്തിക, ഓഫീസ് മുദ്ര എന്നിവ വ്യക്തമായും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. ഫോട്ടോയുടെ വിഷൻ തിരഞ്ഞിനുമായിട്ടുള്ളതും മുഖം വ്യക്തമായും പൂർണ്ണമായും കാണുന്ന തരത്തിലും 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 qualified from States outside kerala**

മുകളിൽ II . A - ൽ പറയുന്ന രേഖകൾക്കു പുറമെ, കേരള സംസ്ഥാനത്തിനു വെളിയിൽ നിന്നും യോഗ്യത നേടിയവർ താഴെ പറയുന്ന രേഖകൾ കൂടെ അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

In addition to the items mentioned at II . A above, those who qualified from outside kerala should attach the following:

- 1. ഇന്ത്യൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിലിലോ മറ്റു സംസ്ഥാന കൗൺസിലുകളിലോ നിലവിൽ സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ ഉള്ളവർ ബന്ധപ്പെട്ട രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.  
Copy of the Permanent Registration Certificate, if registered in any other state council or Medical Council of India.
- 2. ഏതെങ്കിലും അന്യ സംസ്ഥാന കൗൺസിലിൽ നിലവിൽ സ്ഥിരം 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.

**C. മറ്റു വൈദ്യചികിത്സാ സമ്പ്രദായങ്ങളിൽ നിലവിൽ രജിസ്ട്രേഷൻ ഉള്ളവർ  
Those who have registration in any other system of medicine.**

- 1. നിലവിൽ മറ്റു വൈദ്യചികിത്സാ സമ്പ്രദായങ്ങളിൽ രജിസ്ട്രേഷൻ ഉള്ളവർ ബന്ധപ്പെട്ട രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്.  
If the applicant has registration in any other system of medicine, a copy of the registration certificate in that respect should also be attached.

D. വിദേശരാജ്യങ്ങളിൽ നിന്നും മെഡിക്കൽ ബിരുദമെടുത്തശേഷം ഈ കൗൺസിലിൽ പ്രൊവിഷണൽ / സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ എടുക്കുന്നതിന് അതിനായി പ്രത്യേകം തയ്യാറാക്കിയിട്ടുള്ള അപേക്ഷയിൽ നിർദ്ദേശാനുസരണമുള്ള രേഖകൾ സഹിതം അപേക്ഷിക്കേണ്ടതാണ്.

Those who qualified from Countries outside India shall submit application for registration in the format specified for the purpose and submit along with documents specified therein.

**അധിക യോഗ്യത / Additional Registration**

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

- 1. ഈ കൗൺസിലിൽ നിന്നും ലഭിച്ച സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.  
Copy of the Permanent Registration Certificate issued from this Council.
- 2. അധിക യോഗ്യത തെളിയിക്കുന്ന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്.  
Attested Copy of the certificate(s) of the additional qualification(s)
- 3. അപേക്ഷാ ഫീസ് ഒടുക്കിയതിനുള്ള ചലാൻ രശീത്/ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ്.  
Chelan receipt/ D.D by which remittance of application fee was made.
- 4. രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നതിന് പര്യാപ്തമായ 30 x 26 സെ.മീ. വലിപ്പത്തിലുള്ളതും സ്വന്തം വിലാസമെഴുതിയതും ആവശ്യത്തിന് തപാൽസ്റ്റാമ്പ് പതിച്ചതുമായ ക്ലോത്ത-ലൈനിംഗ് ഉള്ള കവർ.  
Self addressed, stamped, cloth-lined envelope (30 x 26cms) for sending the Registration Certificate.
- 5. അപേക്ഷിക്കുന്ന അധിക യോഗ്യത മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ / കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യൻ സിസ്റ്റം മെഡിസിൻ/സെൻട്രൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഹോമിയോപ്പതിക് മെഡിസിൻ അംഗീകരിച്ചത് ആയിരിക്കണം.  
The qualification shall be recognized by Medical Council of India/The Council of Indian System of Medicine/ Central Council of Homoeopathy.

.....