ക്രമ.നം
Sl.No.

രജിസ്ട്രേഷനു വേണ്ടിയുള്ള അപേക്ഷാ ഫാറം / APPLICATION FOR REGISTRATION
ട്രാവൻകൂർ - കൊച്ചിൻ ഹോമിയോപ്പതിക് മെഡിസിൻ കൗൺസിൽ
TRAVANCORE - COCHIN COUNCIL OF HOMOEOPATHIC MEDICINE
(താൽക്കാലിക/സ്ഥിര/അധികയോഗ്യത) / (Provisional/Permanent/Additional Qualifications)

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

1 പേര് (വലിയ അക്ഷരത്തിൽ) ....
Name (in block letters)

2. സ്ഥിര മേൽവിലാസം - പിൻകോഡ് സഹിതം (വലിയ അക്ഷരത്തിൽ) ....
ടെലഫോൺ നമ്പർ (എസ്.റ്റി.ഡി കോഡ് സഹിതം) ലാന്റ് ലൈനും, മൊബൈലും
Permanent address with PIN code (in block letters) ....
Tel.No. (with STD code) Land line or Mobile
(മേൽവിലാസത്തിൽ പിന്നീട് വരുന്ന മാറ്റങ്ങൾ വീഴ്ച കൂടാതെ 30 ദിവസത്തിനകം തന്നെ രജിസ്ട്രാറെ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്) ....
....
(Subsequent changes in the address should be reported to the Registrar within 30 days, without fail) ....

3. ആധാർ നമ്പർ ....
Aadhar Number

4. ഇ-മെയിൽ വിലാസം ....
E-mail address/ID

5. ഇനീഷ്യലിന്റെ പൂർണ്ണരൂപം, ഉണ്ടെങ്കിൽ ....
Expansion of initial(s), if any

6. പിതാവിന്റെ പേര് (വലിയ അക്ഷരത്തിൽ) ....
Father's name(in block letters)

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

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

9. ദേശീയതയും സംസ്ഥാനവും ....
Nationality and state

10. മതം. ജാതി
Religion & Caste ....

11. ഏതു തരം രജിസ്ട്രേഷനാണ് വേണ്ടത് (✓)
Type of registration needed: (tick)

താൽക്കാലികം	സ്ഥിരം	അധികയോഗ്യത
☐	☐	☐
Provisional	Permanent	Additional

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

13. അപേക്ഷകൻ പഠിച്ച കോളേജ്, യൂണിവേഴ്സിറ്റി, സംസ്ഥാനം എന്നിവയുടെ പേരും പഠനകാലവും :
Name of College, University and State in which the applicant studied, and period of study. ....

14. ഇന്റേൺഷിപ്പ് പൂർത്തീകരിച്ച തീയതി
Date of Completion of Internship ....

15. താങ്കളുടെ ബിരുദം/ഡിപ്ലോമ കേന്ദ്ര ആയുഷ് മന്ത്രാലയത്തിന്റെ അംഗീകാരമുള്ളതാണോ?
Whether the Degree/Diploma recognized by the Ministry of Ayush, Govt. of India. ....

16. മറ്റേതെങ്കിലും സംസ്ഥാന ഹോമിയോപ്പതിക് കൗൺസിലിൽ രജിസ്ട്രേഷൻ ഉണ്ടെങ്കിൽ, അത് സംബന്ധിച്ച്:-

Whether registered with any other state Homeopathic Council, If so : - ....

(എ) കൗൺസിലിന്റെ പേര്

(a) Name of the Council ....

(ബി) രജിസ്റ്റർ നമ്പരും രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത തീയതി യും

(b) Reg.No. and date of registration ....

(സി) രജിസ്ട്രേഷന്റെ നിലവിലുള്ള അവസ്ഥ

(c) Present status of registration ....

(ഡി) നിലവിൽ രജിസ്ട്രേഷൻ ഉണ്ടെങ്കിൽ ആയത് റദ്ദ് ചെയ്തു കൊണ്ടുള്ള ബന്ധപ്പെട്ട കൗൺസിൽ നല്കുന്ന അസ്സൽ നിരാക്ഷേപ പത്രം ഹാജരാക്കി യിട്ടുണ്ടോ?
(d) If so state whether produced original Cancellation NOC from the Council in which he/she has registered ....

17. ഫീസ് ഒടുക്കിയതു സംബന്ധിച്ച വിശദാംശങ്ങൾ

Details regarding remittance of fee:	താൽക്കാലികം Provisional രൂപ (Rs)	സ്ഥിരം Permanent രൂപ(Rs)....	അധികയോഗ്യത Additional രൂപ. (Rs)....
(i) തുക (amount)	....	....	....
(ii) ചെലാൻ /ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ് നം. തീയതി Chellan/ DD Number and Date.	....	....	....
(iii) ബാങ്ക് Bank	....	....	....

18. അപേക്ഷകൻ മറ്റേതെങ്കിലും ചികിത്സാസമ്പ്രദായത്തിൽ രജിസ്ട്രേഷൻ എടുത്തിട്ടുള്ള ആളാണെങ്കിൽ അത് സംബന്ധിച്ച വിശദാംശങ്ങൾ.
If the applicant is registered in any other system of medicine details there of ;- ....

(i) ചികിത്സാ സമ്പ്രദായം
(i) System of medicine ....

(ii) വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത, കോളേജ്, സർവ്വകലാശാല
(ii) Qualification, College & University ....

(iii) രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പരും, തീയതിയും.
(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 കേന്ദ്ര ഹോമിയോപ്പതി കൗൺസിലിന്റെയോ നിലവിലുള്ള ചട്ടങ്ങളിലും റഗുലേഷനുകളിലും പരാമർശിക്കുന്ന യാതൊരു അയോഗ്യതകളും ഉള്ളയാളല്ലെന്നും ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും സംസ്ഥാന ഹോമിയോപ്പതി മെഡിക്കൽ കൗൺസിലിൽ എന്റെ പേര് രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്ന പക്ഷം ഈ കൗൺസിലിന്റെയും കേന്ദ്ര ഹോമിയോപ്പതി കൗൺസിലിന്റെയും നിലവിലുള്ളതും കാലാകാലങ്ങളിൽ ഭേദഗതി വരുത്തുന്ന പ്രകാരമുള്ളതുമായ എല്ലാ ചട്ടങ്ങളും റഗുലേഷനുകളും തൊഴിൽപരമായ പെരുമാറ്റച്ചട്ടങ്ങളും മര്യാദകളും പാലിക്കുന്നതാണെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സത്യം ചെയ്യുകയും 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 of Homeopathy for the time being in force, and I promise, in the event of my name being registered in the State Homoeopathy Medical Council, to abide by all the existing rules and regulations, Code of Ethics and Etiquettes of this Council and of the Central Council of Homeopathy as amended from time to time.

ഒപ്പ്
Signature

സ്ഥലം :
Station :

തീയതി :
Date :

പേര് (വലിയ അക്ഷരത്തിൽ)
Name (in capital letters)

സത്യപ്രസ്താവന-2 / Dedaration –II

(സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷന് അപേക്ഷിക്കുന്നവർ സമർപ്പിക്കേണ്ടത് / To be filed by the applicants seekings permanent registration)

1. എന്റെ ജീവിതം മാനവസേവനത്തിനു വേണ്ടി സമർപ്പിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ സഗൗരവം പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്നു.
I solemnly pledge myself to dedicate my life to the service of humanity.
2. ഭീഷണിയ്ക്കു കീഴിൽ പോലും ഞാൻ എന്റെ വൈദ്യശാസ്ത്രവിജ്ഞാനം മാനവനീതിക്കു വിരുദ്ധമായി വിനിയോഗിക്കുന്നതല്ല.

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. എന്റെ കർത്തവ്യത്തിനും എന്റെ രോഗികൾക്കുമിടയിൽ മതം, ദേശീയത, വർഗ്ഗം, കക്ഷിരാഷ്ട്രീയം, സാമൂഹിക നില എന്നീ പരിഗണനകൾ ഇടപെടാൻ ഞാൻ അനുവദിക്കുന്നതല്ല.

   I will not permit consideration of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient.

5. വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെ തത്വങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് മനഃസാക്ഷിയോടും അന്തസ്സോടും കൂടി ഞാൻ എന്റെ തൊഴിൽ പ്രാക്ടീസ് ചെയ്യുന്നതാണ്.

   I will practice profession with conscience and dignity, in accordance with the principles of Homeopathy.

6. എന്റെ രോഗിയുടെ ആരോഗ്യമായിരിക്കും എന്റെ പ്രഥമ പരിഗണന.

   The health of my patient will be my first consideration.

7. എന്നോട് രഹസ്യമായി പറഞ്ഞിട്ടുള്ളവയുടെ രഹസ്യ സ്വഭാവത്തെ ഞാൻ കാത്തു സൂക്ഷിക്കുന്നതാണ്.

   I will respect the secrets of which are confided in me.

8. എന്റെ ഗുരുനാഥൻമാർക്ക് അർഹിക്കുന്ന ആദരവും ബഹുമാനവും ഞാൻ നൽകുന്നതാണ്.

   I will give to my teachers the respect and gratitude which is their due.

9. വൈദ്യസേവനത്തിന്റെ ശ്രേഷ്ഠതയും മഹത്വവും കുലീനമായ പാരമ്പര്യവും നിലനിർത്തുന്നതിന് ഞാൻ എന്റെ കഴിവിന്റെ പരമാവധി ശ്രമിക്കുന്നതാണ്.

   I will maintain by all means in my power, the honour and noble traditions of medical profession,

10. എന്റെ സഹപ്രവർത്തകരെ ഞാൻ ആദരവോടെയും അന്തസ്സോടെയും കാണുന്നതാണ്.

    I will treat my colleagues with all respect and dignity.

11. അതതുകാലം 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.

ഞാൻ, ഈ പ്രസ്താവനകൾ സഗൗരവം, സർവ്വതന്ത്ര സ്വതന്ത്ര സ്വാഭിമാനബോധത്തോടെയും ആണ് നടത്തുന്നത്.

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 സ്റ്റേറ്റ് ബാങ്ക് ഓഫ് ട്രാവൻകൂറിന്റെ തിരുവനന്തപുരം പ്രധാന ശാഖയിൽ മാറാവുന്ന ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ് മുഖേനയോ അപേക്ഷാ ഫീസ് ഒടുക്കാവുന്നതാണ്. അപേക്ഷാഫീസ് : താൽക്കാലിക രജിസ്ട്രേഷൻ- 1000 രൂപ, സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ : 3000 രൂപ, അധിക യോഗ്യത (ഓരോന്നിനും) 2000 രൂപ. ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റിന്റെ മറുപുറത്ത് അപേക്ഷകന്റെ പേരും വിലാസവും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതും അപേക്ഷാ ഫാറത്തിലെ നിശ്ചിത കോളത്തിൽ ഫീസ് സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതും ആണ്. ഒരു പ്രാവശ്യം 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 Travancore, Thiruvananthapuram(main branch), drawn in favour of the Regsitrar, Travancore-Cochin Medical Councils (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 രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് അത്യാവശ്യമായി ലഭിക്കേണ്ട സന്ദർഭങ്ങളിൽ ആയതു ബോദ്ധ്യപ്പെടുത്തി 2000 രൂപ തത്കാൽ ഫീസ് അടച്ച് ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ സഹിതം അപേക്ഷിക്കുന്ന പക്ഷം 3 മുതൽ 7 ദിവസത്തിനകം ആയത് നൽകുന്നതാണ്

   In emergency situation, registration certificate will be issued on remitting Rs. 2000/- as 'talkal fee' if applied with relevant documents stating the reason for urgency.

3. ആവശ്യമുള്ള രേഖകളിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് ഇംഗ്ലീഷോ മലയാളമോ ഒഴികെയുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും ഭാഷയിലുള്ളതാണെങ്കിൽ ക്ഷമതയുള്ള ഒരു ഉദ്യോഗസ്ഥനോ അധികാരസ്ഥാനമോ യഥാവിധി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പ്രകാരമുള്ള പ്രസ്തുത രേഖയുടെ ശരിയ്ക്കുള്ള ഇംഗീഷ് തർജ്ജമ കൂടി ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്.

   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.

4. അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കുന്ന രേഖകളുടെ ശരിപ്പകർപ്പുകൾ 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 considerd.

5. 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.

6. 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 ആക്റ്റ് പ്രകാരം ലഭിച്ച ജനന സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ശരിപ്പകർപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ എസ്.എസ്.എൽ.സി സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ ജനനത്തീയതി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള പേജിന്റെ ശരിപ്പകർപ്പ്

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

2. ബന്ധപ്പെട്ട സർവ്വകലാശാല നൽകിയിട്ടുള്ള യഥാർത്ഥ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്/പ്രൊവിഷണൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ്.
   Copy of Provisional Certificate/Original Pass Certificate issued by the university concerned.

3. അന്യസംസ്ഥാനങ്ങളിലെ സർവ്വകലാശാലയിൽ/കോളേജിൽ പഠനം പൂർത്തിയാക്കിയവർ ബന്ധപ്പെട്ട സർവ്വകലാശാലയിൽ നിന്നുള്ള നിരാക്ഷേപ 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 ഫീസ് ഒടുക്കിയതിനുള്ള ചെലാൻ 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. <u>സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ / Permanent Registration</u>

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 സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്
   Attested Copy of Degree / Provisional Degree Certificate from the University.
3. ഇന്റേൺഷിപ്പ് വിജയകരമായി പൂർത്തീകരിച്ച സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.
   Attested Copy of 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 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 മേൽ 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 ഛായാസാമ്യം ഫോട്ടോയ്ക്കു കുറുകെ ഒപ്പിട്ടു കൊണ്ട് കേരള സർക്കാരിനു കീഴിലുള്ള ഒരു ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാണ്. അത്തരത്തിൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേര്, തസ്തിക, ഓഫീസ് മുദ്ര എന്നിവ വ്യക്തമായും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. 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 പുറത്തു 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. കേന്ദ്ര ഹോമിയോപ്പതി കൗൺസിലിലോ മറ്റു സംസ്ഥാന കൗൺസിലുകളിലോ നിലവിൽ സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ ഉള്ളവർ ബന്ധപ്പെട്ട രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പ് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
   Attested Copy of the Permanent Registration Certificate should be submitted if registered in any other state council or Central Council of Homeopathy.

2. മറ്റേതെങ്കിലും സംസ്ഥാന കൗൺസിലിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുള്ള പക്ഷം ആയത് റദ്ദ് ചെയ്ത് കൊണ്ടുള്ള ബന്ധപ്പെട്ട കൗൺസിലിന്റെ അസ്സൽ നിരാക്ഷേപ പത്രം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
   Cancellation Certificate in original, from the state council concerned should be submitted 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.

2 വിദേശരാജ്യങ്ങളിൽ നിന്നും മെഡിക്കൽ ബിരുദമെടുത്തശേഷം ഈ കൗൺസിലിൽ പ്രൊവിഷണൽ / സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ എടുക്കുന്നതിന് അതിനായി പ്രത്യേകം തയ്യാറാക്കിയിട്ടുള്ള അപേക്ഷയിൽ നിർദേശാനുസരണമുള്ള 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.

D അധിക യോഗ്യത / Additional Registration

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

1 ഈ കൗൺസിലിൽ നിന്നും ലഭിച്ച സ്ഥിരം രജിസ്ട്രേഷൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ്.
Attested Copy of the Permanent Registration Certificate issued from this Council.

2 അധിക യോഗ്യത തെളിയിക്കുന്ന സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ 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 മേൽ വിലാസമെഴുതിയതും ആവശ്യത്തിന് തപാൽസ്റ്റാമ്പ് പതിച്ചതുമായ ക്ലോത്ത്-ലൈനിംഗ് ഉള്ള കവർ.
Self addressed, stamped, cloth-lined envelope (30 x 26cms) for sending the Registration Certificate.

5 അപേക്ഷിക്കുന്ന അധിക യോഗ്യത സെൻട്രൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഹോമിയോപ്പതി അംഗീകരിച്ചത് ആയിരിക്കണം.
The qualification shall be recognized by Central Council of Homoeopathy.

……………………………………………………………