ഇ.മെയിൽ: <u>dir.dme@kerala.gov.in,</u> dmekerala.@gmail.com

ഫാക്സ്:0471-2443080



ഫോൺ :(ഓഫീസ്) 0471–2528575 ഡയറക്ടർ: 0471–2444011 മെഡിക്കൽ കോളേജ് പി.ഒ, തിരുവനന്തപ്പരം – 659011

## മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ കാര്യാലയം

ബി5/7084/2023/മെ.വി.വ

തീയതി : 20/12/2023

#### പരിപത്രം

02/04/2024 ന് ആരംഭിക്കുന്ന വിവിധ പാരാമെഡിക്കൽ ഡിപ്ലോമ പരീക്ഷകളുടെ അപേക്ഷകളും ഹാൾടിക്കറ്റം അയയ്ക്കുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ താഴെ കൊടുക്കുന്നു.

 അപേക്ഷകളം ഹാൾടിക്കറ്റം, ഒന്നാം വർഷ വിദ്യാർത്ഥികളുടേത് അക്ഷരമാലാ ക്രമത്തിലും രണ്ടും മൂന്നും വർഷ വിദ്യാർത്ഥികളുടേത് രജിസ്റ്റർ നമ്പർ ക്രമത്തിലും അപേക്ഷ, ഹാൾടിക്കറ്റ് എന്നിവ വെവ്വേറെ കെട്ടുകളായി ടാഗ് ചെയ്ത് അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്.

2. ഹാൾടിക്കറ്റിലും അപേക്ഷാഫോമിലും വിദ്യാർത്ഥികളുടെ പേര് S.S.L.C/10<sup>th</sup>

സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ ഉള്ളതുപോലെതന്നെ എഴുതേണ്ടതാണ്.

 ഹാൾടിക്കറ്റിലും അപേക്ഷാഫോമിലും പതിക്കുന്ന ഫോട്ടോകൾ പ്രിൻസിപ്പാൾ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി സീൽ പതിക്കേണ്ടതും, അതാത് സ്ഥാപനത്തിന്റെ സീൽ പതിക്കേണ്ടതുമാണ്.

4. പരീക്ഷയ്ക്ക് അപേക്ഷിക്കുന്ന വിദ്യാർത്ഥികളുടെ നോമിനൽ റോൾ (ഒന്നാം വർഷ വിദ്യാർത്ഥികളുടേത് ഇംഗ്ലീഷ് അക്ഷരമാലാക്രമത്തിലും രണ്ടാം വർഷ വിദ്യാർത്ഥികളുടേത് രജിസ്റ്റർ നമ്പർ ക്രമത്തിലും) ഇതോടൊപ്പം ഉൾക്കൊള്ളിച്ചിരിക്കുന്ന മാതൃകയിൽ തന്നെ തയ്യാറാക്കി അപേക്ഷകൾക്കൊപ്പം അയയ്ക്കേണ്ടതും അതിന്റെ soft copy "MS Word Format" –ൽ തയ്യാറാക്കിയത് "dmepmexams@gmail.com" എന്ന ഇ–മെയിൽ വിലാസത്തിലേയ്ക്ക് അയയ്ക്കേണ്ടതുമാണ്.

### ഓരോ കോഴ്ലിന്റെയും അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉൾക്കൊള്ളിക്കേണ്ടവ :

- 1. നോട്ടിഫിക്കേഷനിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന രീതിയിൽ പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷ.
- പൂരിപ്പിച്ച ഹാൾടിക്കറ്റ്
   ശേൽ പറഞ്ഞവ ന

് (മേൽ പറഞ്ഞ്വ സ്ഥാപന മേധാവി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി **വെവ്വേറെ കെട്ടുകളായി** ടാഗ് ചെയ്തിരിക്കണം)

3. S.S.L.C / 10<sup>th</sup> സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ കോപ്പി.

4. ഓരോ കോഴ്ലിനം നിർദ്ദിഷ്ഠമാതൃകയിലുള്ള നോമിനൽ റോളകൾ.

5. ഓരോ കോഗ്ലിനം പരീക്ഷാ ഫീസ് ട്രഷറിയിൽ/ഇ–ട്രഷറിയിൽ അടച്ച ചെലാനം ഫീസ് ഇനം തിരിച്ചുള്ള വിശദമായ സ്റ്റേറ്റ്മെന്റം.

6. സ്ഥാപനത്തിന്റെ ്ആമുഖ കത്ത് (ഓ്രോ ്കോഗ്ലിനം വെവ്വേറെ ആമുഖ കത്ത് ഉണ്ടായിരിക്കണം).

മേൽപ്രകാരം അല്ലാതെ ലഭിക്കുന്ന അപേക്ഷകളും, ന്യൂനതകൾ ഉള്ള അപേക്ഷകളും, അവസാന തീയതിക്കു ശേഷം ലഭിക്കുന്ന അപേക്ഷകളും നിരുപാധികം തിരിച്ചയയ്ക്കുന്നതാണ്.

സംശയനിവാരണത്തിന് **0471 – 2528884, 2528880** എന്നീ നമ്പത്മകളിൽ ബന്ധപ്പെടാവുന്നതാണ്.

ചെയർമാൻ

ബോർഡ് ഓഫ് പാരാമെഡിക്കൽ എക്സാമിനേഷൻസ്

# PARAMEDICAL DIPLOMA EXAMINATION - APRIL 2024 NOMINAL ROLL

NAME OF COURSE:

NAME OF COLLEGE:

SL.No	NAME	REG:NO	SUBJECT
I YEAR			
1.			
2.			
3.			
4.			
II YEAR			
5.			
6.			
7.			
8.			
III YEAR		1	TV
9.			
10.			
11.			
12.			

## GOVERNMENT OF KERALA DIRECTORATE OF MEDICAL EDUCATION APPLICATION OF REGISTRATION FOR EXAMINATION

Paramedical Diploma Courses ......20......

(Every Column should be carefully filled by the candidate in his/her own handwriting)

Details of fee remitted Registration fee:		ne and Designation of sting officer		
		ome of the control of		Recent passport size
Examination fee :			-	attested photograph to be affixed here
Fee for Mark List:				
Receipt No. & Date:				
Centre and Place of Examination	(Block letters)			
Name of Candidate in Full (Bloc	ck letters)			
Age and Date of Birth				
Male/Female				
Whether belongs to SC/ST		3)		
Present Address	Permanent Address			
				<b>3</b> 0.
			,	-
The College in which the candidathe Course	ite undergone			
Name of Course				
Date of Joining				
Period of Course			3	
Details of examinations previous	y appeared (for	II & III year candidates)		
Month & Year	Reg. No.	Subjects /Parts appeared	Whet	her Passed/Failed

SL	Subject of the Examination for which the candidate appear	Mention : Regular/
1	Sabject of the Examination for which the candidate appear	Supply./ I/II/III Year
2		
3		
4		
5	S	
6		
7		
8		
9	4	1
Date:		Signature of Candidate
Date:		Signature of Candidate
Oate:	CERTIFICATE	Signature of Candidate
Pate:	CERTIFICATE	Signature of Candidate
	CERTIFICATE Certified that Sri./Smt	
C	(2)	
C	Certified that Sri./Smt	
C	Certified that Sri./Smt	
C	Certified that Sri./Smt	
Cor the exa	Certified that Sri./Smt	is eligible to appea
Con the example of the control of th	Certified that Sri./Smt	Professor & Head of the Department is/was a bonafie
Con the example of the control of th	Certified that Sri./Smt	is eligible to appe

Date:

#### **GOVERNMENT OF KERALA** DIRECTORATE OF MEDICAL EDUCATION HALL TICKET

Name	e of Examination: I/II/III Year Paramedical Diploma Examination	n (Regular/Suppl	ementary) 20
Name	of Course	Year	(I/II/III)
Name	of Parent College		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Centr	e of Examination		
	of Candidate : ock letters)	Register No.	
SL	Subject of the Examination for which the candidate appears	Mention : Regular/ Supply./ I/II/III Year	Recent passport size
1			Recent passport size photograph to be affixed here and to be attested by
2			the Principal with seal
3			
4			L
5			
6			
7	A Property of the Control of the Con		
8			
9	h.		

- Note:- 1. Candidate should bring the hall ticket in the examination hall in each day of the examination failing which they will not be permitted to sit for the examination.
  - 2. Attested photographs of the candidate should be affixed.
  - 3. Students are not allowed to bring anything other than writing materials in the Examination Hall. Students who are seen involved in malpractices in any form will be expelled from the examination hall and disciplinary actions will be taken against them.

Thiruvananthapuram,	CHAIRMAN	
Dated	Board of Examiner	