

No.



༄༅། །བཙན་སྲོལ་བོད་མིའི་བོད་ཀྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་ཆེས་མཐོའི་སླན་པའི་སློབ་ཚུལ་ལྷན་ཚོགས།།

THE CENTRAL COUNCIL OF TIBETAN MEDICINE

GANGCHEN KYISHONG DHARAMSALA-176215

DISTRICT KANGRA (H.P) INDIA

PHONE:01892-223483-226462

E-MAIL: chethoe@yahoo.com

བོད་ཀྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་སློབ་པ་རྣམས་ཀྱི་ལོ་རྒྱུས་དང་དབ་སྐྱེལ་འགོངས་ཤོག།

REGISTRATION FORM FOR THE TIBETAN MEDICAL PRACTITIONERS

1. མིང། NAME.....

2. བཤེང། FATHER'S NAME.....

3. མ་མིང། MOTHER'S NAME.....

4. སྐྱེས་ཆེས། DATE OF BIRTH..... བོ་མོ། SEX.....

5. སྐྱེས་ཡུལ། BIRTH PLACE.....

6. སློབ་ཀྱི་སློབ་གནེར་ཁང། MEDICAL COLLEGE/UNIVERSITY

IF YES, DETAIL.....

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

IF NO, DETAIL.....

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



7. མྱོད་ཚེན་ལོ། GRADUATION YEAR ལྷན་པའི་ལས་རྒྱུད་ཐོག་མར་ཞུགས་ལོ། COMMENCMENT OF THE JOB.....

8. ལས་ཀྱི་ཕྱི་ལུ་ལ་གཞུང་འབྲེལ་ཚོགས་པ། ལྷན་གཉེན། WORKING AT GOVERNMENT ORGANIZATION/PRIVATE.....

.....

9. ད་ལྟོའི་ལས་ཀའི་ངོ་བོ། PRESENT NATURE OF PROFESSION.....

10. རང་དབང་ལག་དེབ་ཙམ་། GREEN BOOK
NO.....

11. གནས་ལུ་ལ་གཞུང་གི་ལག་འབྱེད་ཙམ་། R.C.NO.....

12. རྒྱལ་ཁབ་གཞན་གྱི་མངའ་ཁོངས་ཡིན་ན་རྒྱལ་ཁབ་དང་གནས་ལུ་ལ་ས་གནས་གྱི་མིང་། IN CASE OF NON TIBETAN.

NATIONALITY.....PASSPORT NO.....

PLACE.....ANY OTHER ID.....

13. ད་ལྟོའི་ཕྱི་དོན་གནས་ཁ་སྐྱུང་། PRESENT ADDRESS གཏན་མེད་ཁ་སྐྱུང་། PERMANENT ADDRESS

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

PHONE NO:.....

MOBILE NO:.....

FAX NO:.....

E-MAIL:.....

ལོ་རྒྱུས་སློང་བསྟུན། Brief History

རང་ཉིད་གྲི་བྱིས་གཞིས་དང་། སློབ་སློང་། ཉམས་སློང་། བྱས་རྗེས། དམིགས་བསལ་མཁས་ལས་རིགས་སོགས་འདས་པའི་སློང་བ་དང་།
ད་ལྟའི་གནས་བབས་མ་འོངས་པའི་དམིགས་ཡུལ་སོགས་རང་ཉིད་དང་འབྲེལ་བའི་སློང་ལ་ལོ་རྒྱུས་སློང་བསྟུན་ཤིག་བྲིས།

གོང་གསལ་རྣམས་བཅས་བསྐྱད་མིང་པར་རང་ཉིད་ནས་བྲིས་པའི་བྲང་བཞེན་གྱི་ལོ་རྒྱུས་ཤིག་ཡིན། The above bio-data was written
by me without any false information. I will abide by all the rules and regulations laid down by the Central
Council of Tibetan Medicine. བོད་རྒྱལ་ལོ། Tibetan Royal Year..... ཕྱི་ལོ། Year.....

ཟླ་བ། Month..... ཚེས། Date..... ལ།

དོ་བདག་གི་སྟགས། Signature