



No.

༄༅། །བཙན་བྱོལ་བོད་མིའི་བོད་གྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་ཆེས་མགོ་འཛིན་གྱི་སྐབས་ལྷན་ཚོགས་།།

CENTRAL COUNCIL OF TIBETAN MEDICINE
GANGCHEN KYISHONG DHARAMSALA-176215
DISTRICT KANGRA (H.P) INDIA
PHONE:01892-223483-226462
E-MAIL: chethoe@yahoo.com

བོད་གྱི་གསོ་བ་རིག་པའི་སྐབས་ལྷན་ཚོགས་ཀྱི་ལོ་རྒྱུས་དང་དེབ་སྐྱེལ་འགོ་བསྟོན་གྱི་གཞི་རྒྱ

REGISTRATION FORM FOR THE TIBETAN MEDICAL PRACTITIONERS

1. མིང་། NAME.....

2. བཙམ་མིང་། FATHER'S NAME.....

3. མ་མིང་། MOTHER'S NAME.....

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

5. སྐྱེས་ཡུལ། BIRTH PLACE.....

6. སྐབས་གྱི་སློབ་གཉེན་ཁང་། MEDICAL COLLEGE/UNIVERSITY

IF YES, DETAIL.....

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

IF NO, DETAIL.....

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



7. སློབ་ཐོན་ལོ། GRADUATION YEARསློན་པའི་ལས་སྐྱོར་ཐོག་མར་ཞུགས་ལོ། COMMENCMENT OF THE
JOB.....

8. ལས་ཀ་བྱེད་ཡུལ་གཞུང་འབྲེལ་ཚོགས་པ། སྐྱེད་གཉེར། WORKING AT GOVERNMENT ORGANIZATION/PRIVATE.....
.....

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

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

11. གནས་ཡུལ་གཞུང་གི་ལག་འབྲེར་ཨང་། R.C.NO.....

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

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

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

13. ད་ལྟོའི་སྡོད་གནས་ཁ་སྐྱུང་། PRESENT ADDRESS གཏན་སྡོད་ཁ་སྐྱུང་། PERMANENT ADDRESS

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

PHONE NO:.....

MOBILE NO:.....

FAX NO:.....

E-MAIL:.....

ལོ་རྒྱུས་སླིང་བསྟུན། Brief History

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

གོང་གསལ་རྣམས་བཅས་བསྐྱད་མེད་པར་རང་ཉིད་ནས་བྲིས་པའི་དང་བདེན་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