



ཨ་མ་མེ་ཁམ་ལྷན་ཁང་།

MEN-TSEE-KHANG (SOWA-RIGPA)

Tibetan Medical & Astro. Institute of H.H. the Dalai Lama
Gangchen Kyishong, Dharamsala, Distt. Kangra, H.P. 176 215, INDIA
(Estd. by the XIII Dalai Lama in 1916, re-estd by the XIV Dalai Lama in 1961)

Tel: 0091-1892-223113/223222
Fax: 0091 1892 224116
E-mail: info@men-tsee-khang.org
Website: www.men-tsee-khang.org
www.mentsee.org
www.men-tsee-khang-cn.org

། མེ་ཁམ་ལྷན་ཁང་གི་སྐབས་ལྷན་པ་རྣམས་ཀྱི་གར་དབུས་ཨ་ཡུ་ཤིའི་ལྷན་ཁང་འོག་དེབ་སྐྱེལ་བྱ་རྒྱུ།

ཨ་མ་མེ་ཁམ་ལྷན་ཁང་གི་སྐབས་ལྷན་པ་རྣམས་ཀྱི་བྱ་བུ།

ཆེད་ལྷན། མེ་ཁམ་ལྷན་ཁང་གི་སྐབས་ལྷན་པ་རྣམས་ཀྱི་གར་དབུས་

གཞུང་ཨ་ཡུ་ཤིའི་ལྷན་ཁང་ (Ministry of AYUSH) འོག་དེབ་སྐྱེལ་བྱ་རྒྱུའི་ལས་གཞི་དང་འབྲེལ་བའི་གནས་དོན་ལྷན་ཁང་། ཕྱི་ལོ་ ༢༠༡༧ ལོར་ཨ་ཡུ་ཤིའི་ལྷན་ཁང་མངའ་ཁོངས་ཀྱི་གར་དབུས་སོལ་རྒྱུ་སྐབས་ལྷན་ཁང་གི་ལྷན་ཚོགས་ (CCIM) ལས་གཞུང་འབྲེལ་བས་ཟེན་བའི་ (Sowa-Rigpa MSR) ཞེས་པའི་སྤྱི་གཞི་ཉེ་སྔོན་ལྷན་པ་མེད་ཏུ་འགྱུར་བ་དང་། ཕྱི་ལོ་ ༢༠༡༡ ལོ་ ༤ ཚེས་ ༡ ཉིན་ NCISM (དེ་ལྷན་ CCIM) ལྷན་ཚོགས་ནས་བཏང་བའི་གསལ་འགྲུབ་དགོངས་དོན་བཞེན་སོལ་རྒྱུ་སྐབས་ལྷན་ཁང་གི་བཞག་དབུས་སྐབས་ལྷན་པ་རྣམས་ཨ་ཡུ་ཤིའི་ལྷན་ཁང་འོག་དེབ་སྐྱེལ་ཆེད་ཀྱི་གར་ནང་ཡོད་པ་ཚོས་ FORM A བཞག་དགོས་པ་དང་ཕྱི་རྒྱལ་ཡུལ་གྱི་གཞན་དུ་ཡོད་པ་ཚོས་ FORM B བཞག་དགོས་པ་བཅས་ཀྱི་ལས་སྟོན་ཐེབས་པ་ལྟར་ཞེད་རྣམས་འབྲེལ་ཡོད་འགོངས་ཤོག་བཞག་སྟེ། གཞུང་གསལ་ཡིག་ཆ་རྣམས་ PDF གཞིག་ཏུ་བསྐྱུས་ཏེ་མེ་ཁམ་ལྷན་ཁང་གི་སྐྱོག་འཕྲིན་ཁ་གཏུག་ dapa@men-tsee-khang.org རོག་ལྷན་ ༤ ཚེས་ ༡༥ འགྱུར་མེད་བཞག་དགོངས་པ་ལྟར་བཞག་སྐབས་ལྷན་ཁང་འབྲེལ་ཡོད་པ་ཚོས་ ༤ ཚེས་ ༡ ཉིན།

PDF གཞིག་ཏུ་བསྐྱུས་དགོས་ཤིགས།

- ༡། བར་གཞིག (passport photo)
- ༢། ལྷན་ཚོགས་ལག་འཁུར། (Aadhaar card) Form A བཞག་དགོས་ཆེ།
- ༣། སྐྱེས་ཆེས་ལག་འཁུར། (Birth Certificate/Class X pass certificate/Affidavit)
- ༤། ཉན་གསོག་དང་སྐབས་ལྷན་པ་འོག་སྐྱོབ་ཐོན་ལག་འཁུར། (Internship Certificate/Degree Certificate)
- ༥། སྐབས་བཅོལ་ལག་དེབ་བཅ་ཕྱི་རྒྱུ་སྐྱོད་ལག་འཁུར། (RC/Passport)

ལྷན་ཁང་གི་བྱ་བུ། ༡། FORM A ༢། FORM B



**SCHEDULE
FORM A**

S.No	Name of professional (IN BLOCK LETTERS)	Father's name (IN BLOCK LETTERS)	Present correspondence address	Permanent address	Aadhaar number	Mobile No. with Email address
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Date of birth and Nationality	Name of medical degree and university with the month and year of passing qualification.	Registration particulars (If registered before)	Name of institute with complete address for purpose of teaching, research or practice of medicine	Name of person in institution who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)

**SCHEDULE
FORM B**

S.No	Name of professional (IN BLOCK LETTERS)	Father's name (IN BLOCK LETTERS)	Present correspondence address	Permanent address	Passport Number	Mobile No. with Email address
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Visa details	(8)	Date of birth and Nationality	Name of medical degree and university with the month and year of passing qualification.	Whether previously visited India for medical practice. If so, date, period and place of previous visits.	Are you registered in any foreign country? If so, provide name of body or institute with which registered and number and date of registration.	Are you registered in your own country? If so, provide name of body or institute with which registered with registration or license number and date.
	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	

Whether registration or license is renewable or permanent	Name of hospital or institute with complete address for the purposes of teaching or research or practice of medicine.	Period of training or research or practice of medicine	Name of person in institution or hospital in India who will be responsible for legal issues regarding patient care provided by doctor concerned.	Whether employment in India was temporary or permanent to be specified.
(14)	(15)	(16)	(17)	(18)