

# KERALA DENTAL COUNCIL

## Application Form

ഡെന്റൽ ക്യാമ്പ് നടത്തുന്നതിന് കേരള ഡെന്റൽ കൗൺസിലിന്റെ  
മുൻകൂർ അനുമതി തേടുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ

1. ക്യാമ്പ് നടത്തുവാൻ :  
ഉദ്ദേശിക്കുന്ന സ്ഥലം.
  
2. ക്യാമ്പ് സംഘടിപ്പിക്കുന്നതിന് :  
ഉത്തരവാദിത്തപ്പെട്ട ആളുടെ/  
സംഘടനയുടെ പേരും  
മേൽവിലാസവും ഫോൺ നമ്പറും.
  
3. ക്യാമ്പിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന ദന്ത :  
ഡോക്ടർമാരുടെ പേരു വിവരം,  
യോഗ്യത, കേരള ഡെന്റൽ  
കൗൺസിൽ രജിസ്റ്റർ നമ്പർ.
  
4. ക്യാമ്പിന് സാമ്പത്തിക :  
സഹായം ഉണ്ടോ?  
ഉണ്ടെങ്കിൽ അതിന്റെ വിശദ  
വിവരം.
  
5. ക്യാമ്പിൽ ദന്ത പരിശോധന :  
യ്ക്കായി പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന ഏകദേശം  
ആളുകളുടെ എണ്ണം.
  
6. പ്രസ്തുത ക്യാമ്പിൽ ബയോ :  
മെഡിക്കൽ വേസ്റ്റ് മാനേജ്മെന്റി  
നായുള്ള സൗകര്യം ഉണ്ടോ?

സത്യവാങ്മൂലം

1. നിർദ്ദിഷ്ട ഡെന്റിൽ ക്യാമ്പിൽ ..... എന്ന ഞാൻ പ്രാഥമിക ദന്ത ചികിത്സകൾ അല്ലാതെ യാതൊരു ദന്ത ചികിത്സയും നടത്തുകയില്ല.
2. ഈ ഡെന്റിൽ ക്യാമ്പ് ഡോക്ടർമാരുടെയോ, സ്വകാര്യ ഡെന്റിൽ ക്ലിനിക്കുകളുടെയോ കോളേജുകളുടെയോ പരസ്യത്തിനായോ, സാമ്പത്തിക ലാഭത്തിനായോ ഉപയോഗിക്കുകയില്ല.
3. ക്യാമ്പിൽ വരുന്ന രോഗികൾക്ക് ഡോക്ടർമാരുടെ പേരുള്ളതോ സ്വകാര്യ ഡെന്റിൽ ക്ലിനിക്കുകളുടെ പരസ്യങ്ങളുള്ളതോ ആയ ആരോഗ്യ മാസികകളോ ലേഖനങ്ങളോ ദന്താരോഗ്യ അവബോധന ലഘുലേഖകളോ വിതരണം ചെയ്യുന്നതല്ല.
4. Dentist Code of Ethics-നു വിരുദ്ധമായി യാതൊന്നും ക്യാമ്പിൽ ഉണ്ടാകുകയില്ല എന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തുന്നതായിരിക്കും.
5. ഡെന്റിൽ ക്യാമ്പിൽ ബയോമെഡിക്കൽ വേസ്റ്റ് മാനേജ്മെന്റിന് സൗകര്യമുണ്ട് എന്ന് ഉറപ്പു വരുത്തുന്നതാണ്.
6. മേൽപ്പറഞ്ഞ സംഗതികളുടെ ഏതൊരു തരത്തിലുള്ള ലംഘനവും രജിസ്ട്രേഷൻ റദ്ദാക്കുന്നതുൾപ്പെടെയുള്ള അച്ചടക്ക നടപടികൾക്ക് വിധേയമാകേണ്ടി വരുമെന്ന് എനിക്ക് ബോധ്യമുള്ളതാകുന്നു.

ഡോക്ടറുടെ പേര്	രജിസ്ട്രേഷൻ നം.	ഒപ്പ്
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		