



World AATHO medical science research Council

உலக ஆதோ மருத்துவ அறிவியல் ஆராய்ச்சி கழகம்

(To Provide Guideline to Acupuncture - Alternative - Traditional - Holistic - Oriental Medical Science for Hospital, Clinic, Practitioners)

(Under Regd. Govt of India Central & State Act)

Under Norms World Health Organization &
Ministry of Health and Family Welfare, Govt of India

Tamilnadu- 622002, India

worldaathocouncil@gmail.com
www.aathocouncil.webs.com

Cell : 8012 634 545

மதிப்புக்குரியவர்களுக்கு :

உலக ஆதோ மருத்துவ அறிவியல் ஆராய்ச்சி கழகம், அக்குபங்சர், மாற்று முறை மருத்துவம், பாராம்பரிய , கிழக்காசிய மருத்துவ அறிவியலை அனைத்து தரப்பினரிடமும் கொண்டு சேர்க்கும் உயரிய நோக்கத்துடன் அத்துறை சார்ந்த நிபுணர்களை ஒருங்கிணைத்து இயற்கையுடன் ஒன்றிய மருத்துவ முறைகளை மேம்படுத்துகிறது.

இவ்வாண்டிற்கான கழக உறுப்பினர்கள், சேர்க்கை நடைபெறுகிறது.

கழக உறுப்பினர்களுக்கான நன்மை

- தகுதி பெற்ற மருத்துவர்கள், சிகிச்சையாளர்கள் அனைவருக்கும் பதிவு அக்குபங்சர் மருத்துவர் (Regd.Acupuncturist)சான்றிதழ் வழங்க பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. இந்த சான்றிதழ் இந்திய சட்டத்திற்கு உட்பட்டு நீங்கள் அக்குபங்சர் மருத்துவ நிபுணராக பணியாற்றலாம்.
- உறுப்பினர் அடையாள அட்டை, சான்றிதழ் வழங்கப்படுகிறது.
- காலாண்டு இதழ் வழங்கப்படுகிறது
- உலக அக்குபங்சர் மருத்துவர்கள் பவுண்டேசனில் உறுப்பினராக பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
- புத்தாக்க செய்முறை பயிற்சி வழங்கப்படுகிறது.
- உலக அளவில் வேலை வாய்ப்பு உருவாக்கி முன்னுரிமை வழங்கப்படுகிறது.
- மருத்துவ சுற்றுலா ஏற்பாடு செய்யப்படுகிறது.
- அரசு அங்கீகார மருத்துவ பணியாற்ற கழக உறுப்பினர்கள் பெயர் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
- மருத்துவ துறையின் அதி நவீன பயிற்சிகளை உலக தரத்தில் உறுப்பினர்களுக்கு பயிற்றுவிக்கப்படுகிறது.
- கவுன்சில் வெளியீடு மற்றும் சோராஜ்ஹாந்த் எழுதிய புத்தகம் 20% தள்ளுபடியில் பெறலாம்

உறுப்பினர் பிரிவு

1. ஆதாரவாளர்கள் Patron Member (வளர்ச்சிக்கு உறுதுணை புரிபவர்)
2. கொடையாளி Donor Member (தொண்டுள்ளம் படைத்தவர்கள்)
3. ஆசோசனை உறுப்பினர்கள் Advisory Member (நிர்வாக குழு நிர்வாகத்திற்கு போட்டியிட தகுதியானவர்கள்)
தகுதி - ஆதோ துறைச்சார்ந்த சிகிச்சையாளர்கள் பேராசிரியர்கள், ஆசிரியர்கள் ,ஹீலர்கள் மருத்துவர்கள்.
4. கௌரவ உறுப்பினர்கள் Hony.Member
தகுதி - அலோபதி,சித்தா,ஆயுர்வேதவம், ஓமியோபதி,புனானி,யோகா & இயற்கை மருத்துவ நிபுணர்கள் மட்டும்.
5. தகுதி உறுப்பினர் Holder Member
தகுதி - ஆதோ துறை சார்ந்த , பட்டயம்,பட்டம்,பட்டமேற்படிப்பு படித்தவர்கள், பயிற்சி சிகிச்சை மேற்கொண்டவர்கள்
6. வரவேற்பு உறுப்பினர் Welcome Member
தகுதி - ஆதோ மருத்துவ துறையில் ஆர்வம் கொண்டவர்கள் ,ஆதோ மருத்துவ முறையின் மூலம் குணம் பெற்றவர்கள்

	ஆதரவாளர்	கொடையாளி	ஆலோசனை	கௌரவ	தகுதி	வரவேற்பு
பதிவு கட்டணம் Regd .Fee	30000 and above	20000	10000	5000	2000	1000
சான்றிதழ் Certificate	No	No	400	-	400	-
அடையாள அட்டை ID -Card	Yes	Yes	200	200	200	150
ஒரு வருட இதழ் One year Magazine	Yes 3 வருட இதழ்	Yes 3 வருட இதழ்	480	480	480	480
ஓர் ஆண்டு சந்தா One year Subscription	No	No	3000	-	2000	-
			14080	5680	5080	1630

fl;lz tptuk;:

ஆதரவாளர்கள் Patron Member -	Rs.30000/- No Limit
கொடையாளி Donor Member -	Rs.20000/-
ஆலோசனை உறுப்பினர்கள் Advisory Member -	Rs.14080/-
கௌரவ உறுப்பினர்கள் Hony.Member -	Rs.5680/-
தகுதி உறுப்பினர் Holder Member -	RS.5080/-
வரவேற்பு உறுப்பினர் Welcome Member -	Rs.1630/-

DD = SHOORAJHANTH favorable at PUDUKKOTTAI

Send Address:

SHOORAJHANTH

World AATHO Medical Science Research Council

Refer conduct address

குறிப்பு:

மாதா சந்தா கிடையாது, வருட சந்தா ரூ.1000 ஒவ்வொரு வருட மார்ச் 3 லிருந்து 29 க்குள் செலுத்த வேண்டுமாறு கேட்டுக்கொள்கிறோம்.

கழக முடிவுகள், தீர்மானம், விவாதங்கள், நடவடிக்கைகளை நேர்முகமாகவோ, மறைமுகமாகவோ கழக நிர்வாக குழு அல்லாத பிறரிடம் எவ்வழியிலாவது கொண்டு சேரர்க்கும் நபர் மீது official Secrets Act, 1923 கீழ் நடவடிக்கை எடுக்கப்படும்.



World AATHO medical science research Council

உலக ஆதோ மருத்துவ அறிவியல் ஆராய்ச்சி கழகம்

(To Provide Guideline to Acupuncture - Alternative - Traditional - Holistic - Oriental Medical Science for Hospital,Clinic,Practitioners)

(Under Regd.Govt of India Central & State Act)

Under Norms World Health Organization &
Ministry of Health and Family Welfare.Govt of India

Tamilnadu- 622002, India

E-mail : worldaathocouncil@gmail.com

Cell: 8012 634 545

Website : www.worldaathocouncil.webs.com

Form No:

APPLICATION FORM

(Advisory – Hony – Holder Member only)

Regd No: AD_HY_H _____

Name

(In Block Letters)

English : _____

Father's/Husband's Name

: _____ Sex M/F/T: _____

Date of Birth

: _____ Time of Birth _____

Place of Birth

: _____ Blood Group _____

Nationality

: _____ Native Place/Dist _____

Qualification / Titles

(Attach Xerox Copy with
T.C, 10th,+2 Mark Statement)

: _____

System being practiced

: _____

Professional (Clinic) Address :

_____ city _____ state _____

Residential Address :

_____ city _____ state _____

Telephone No. with STD Code : _____

Cell No / Fax No : _____ / _____

e-mail ID : _____

Website : _____

Do you want to Donate? Eyes Body Blood Or Already Donate? Eyes Body Blood No

Are you a Income Tax Assesses? Yes / No

If "Yes" Please write your PAN No : _____

Do you have a Ration Card Voter's ID Passport

Are you a physically Challenger? Yes / No

If "Yes" Please give the details : _____

Practice (Acu,Alt.Med,Other)Registration No. (if any) (Attach Xerox copy)

I. No : _____ Date : _____

Issuing Authority : _____

II. No : _____ Date : _____

Issuing Authority : _____

III. No : _____ Date : _____

Issuing Authority : _____

Passport Size
Photo with Self
ATTESTED

Membership / Fellowship of other Associations / Societies (Attach Xerox Copy)

i) _____
iii) _____
v) _____

ii) _____
iv) _____
vi) _____

Achievements / Awards etc (Attach Xerox Copy)

i) _____
iii) _____
v) _____

ii) _____
iv) _____
vi) _____

Conferences presentations (if any) proof attach : _____ yr _____

Research presentations (if any) Title : _____ yr _____

Scientific Papers Presentation (if any) Title : _____ yr _____

Present position (if any)

i) _____
iii) _____
v) _____

ii) _____
iv) _____
vi) _____

Publications / Author of books (if any) Title

i) _____
iii) _____
v) _____

ii) _____
iv) _____
vi) _____

Clinical Experience & Teaching Experience (Clinic /Institute/College name)

i) _____
iii) _____
v) _____

ii) _____
iv) _____
vi) _____

Nearest Police Station Address : _____

With Ph.No _____

Any F.I.R in your Name? Yes / No, If yes give complete details on a separate sheet.

Amount of Fees sent by :Rs. _____ **Cash/M.O/Draft Date** _____ **M.O. /Receipt**

No./Draft No. _____ **on Post Office / Bank** _____

(If additional information please attach separate Bio-data)

I solemnly declare that the above facts are correct to the best of my knowledge and I have not involved in any criminal incidences,I will abide by the rules and regulations of the world AATHO medical science research council.

Date :

Full Signature of the Applicant.

Enclosures Required along with this application form for:-

1. Five Passport size photographs. (one paste application another four attach)
2. Xerox Copies of Qualification / Title / Awards / Certificates / etc.,
3. One Copy of each book (or) important articles (published / unpublished) authored by you. If any.
4. All remittance (Fees etc) should be sent by CHEQUE/ Draft payable to the **SHOORAJHANTH**. Payable at **Pudukkottai**.

OFFICIAL USE ONLY

Bill No. : _____

Issue ID /Certificate Date /No : _____

Received App Date : _____

PRESIDENT

You can send follow address

SHOORAJHANTH,

**DOOR NO: 57,Meri Nagar,Parisagal Parai Colony Near,
Sipcot (PO),PUDUKKOTTAI (Dt),Tamilnadu,India -622002**

Ph: +91 8012634545

worldaathocouncil@gmail.com