தேசிய நலவாழ்வு குழுமம்
மாவட்ட நலவாழ்வு சங்கம்
பெரம்பலூர் மாவட்டம்

பெரம்பலூர் மாவட்டத்தில் காலியாக உள்ள ஒப்பந்த கீழ்குறிப்பிட்ட பணியிடங்களை பெரம்பலூர் மாவட்ட நலவாழ்வு சங்கம் மூலம் தற்காலிமாக ஒப்பந்த அடிப்படையில் பணி நியமனம் செய்ய விண்ணப்பங்கள் 22.11.2025 முதல் 03.12.2025 அன்று மாலை 05.00 மணிக்குள் வரவேற்கப்படுகின்றன.

வ. எண்	பதவியின் பெயர்	எண்ணிக்கை	கல்வித்தகுதி	ஊதியம் / மாதம்
1	மருத்துவ அலுவலர்	1	Minimum MBBS., degree recognized by Medical Council of India registered in Tamilnadu Medical Council. Age Less than 40 Years	ரூ.60,000/-
2	ஆய்வக உதவியாளர்	1	Must have Passed 8th Standard and Must have a Good Physique, Good Vision and Capacity for Outdoor Works and Age 30 Years or below	ரூ.8,500/-

நிபந்தனைகள்

- இந்த பதவி முற்றிலும் தற்காலிகமானது (11 மாதங்கள் ஒப்பந்த அடிப்படையில்)
- எந்த ஒரு காலத்திலும் பணி நிரந்தரம் செய்யப்படமாட்டாது
- முற்றிலும் தேசிய சுகாதார இயக்கத்தின் மாவட்ட நலவாழ்வு சங்கத்தின்கீழ் இப்பணியானது நியமனம் செய்யப்படும் இப்பணி தன்மையின் செயல்திறனானது 11 மாதங்களுக்கு ஒருமுறை மதிப்பீடு செய்யப்படும். இச்செயல் திறன் மதிப்பீட்டில் குறைபாடு கண்டறியப்படின் தேசிய சுகாதார இயக்கத்தின் விதிகளுக்குட்பட்டு நடவடிக்கை எடுக்கப்படும்.
- பணியில் சேர்வதற்கான மேற்கண்ட நிபந்தனைக்கு கட்டுபட்டு ஒப்புதல் கடிதம் அளிக்க வேண்டும்.
- மேலும், மருத்துவ தேர்வாணையம் மூலம் பணி நிரப்பப்படும்போது பணி ஆணை இரத்து செய்யப்படும்.

விண்ணப்பம் அளிக்க வேண்டிய முகவரி

செயற் செயலர்/ மாவட்ட சுகாதார அலுவலர்,
மாவட்ட நலவாழ்வு சங்கம், மாவட்ட சுகாதார அலுவலகம்,
பழைய அரசு கண் மருத்துவமனை வளாகம், துறைமங்களம் பெரம்பலூர்.

குறிப்பு:

- விண்ணப்ப படிவங்கள் https://perambalur.nic.in/ என்ற இணையதளத்தில் பதிவிறக்கம் செய்துகொள்ளாலாம். மற்றும் பெரம்பலூர் மாவட்ட சுகாதார அலுவலகத்திலும் பெற்றுகொள்ளலாம்.
- விண்ணப்பங்கள் நேரிலோ அல்லது விரைவு தபால் மூலமாகவோ வரவேற்கப்படுகின்றன. விண்ணப்பத்துடன் பணியிடங்களுக்கான உரிய சான்றிதழ் நகல்களை சுய சான்றொப்பம்மிட்டு (Self-attested) சமர்ப்பிக்க வேண்டும்.
- 03.12.2025 மாலை 05.00 மணிக்கு பின்னர் வரும் விண்ணப்பங்கள் ஏதும் ஏற்றுகொள்ளப்படாது.

செயற் செயலர்/மாவட்ட சுகாதார அலுவலர்
மாவட்ட நலவாழ்வு சங்கம், பெரம்பலூர்.

தலைவர்/ மாவட்ட ஆட்சியர்,
மாவட்ட நலவாழ்வு சங்கம், பெரம்பலூர்

NATIONAL HEALTH MISSION – TAMIL NADU
DISTRICT HEALTH SOCIETY, PERAMBALUR

Passport Size Photo

Application for the Post of Medical Officer (Contract Basis)

1.	Applicant's Name / விண்ணப்பதாரர் பெயர்	:	
2.	Father's Name / தந்தையின் பெயர்	:	
3.	DOB (DD/MM/YYYY) / பிறந்த தேதி	:	
4.	Age / வயது	:	
5.	Educational Qualification / கல்வித்தகுதி	:	
6.	Current Residential Address / தற்போதைய வீட்டு முகவரி	:	
7.	Permanent Address / நிரந்தர முகவரி	:	
8.	Aadhar Card Number / ஆதார் எண்	:	
9.	Mobile Number / கைப்பேசி எண்	:	
10.	E-Mail ID (if available) / மின்னஞ்சல்	:	

Encl:-

1. *SSLC Mark Sheet Xerox*
2. *HSC Mark Sheet Xerox*
3. *MBBS Degree Certificate / Mark Sheet Xerox*
4. *TNMC Registration Certificate Xerox*
5. *Community Certificate Xerox*
6. *Aadhar Card Xerox*
7. *Nativity Certificate Xerox*
8. *If applicable Experience Certificate Xerox*
   - *Covid Work Experience Certificate Xerox*
   - *Govt. Sector Work Experience Certificate Xerox*
9. *If applicable - Transgender/Differently Abled***/Deserted Wife/Destitute Widow Certificate Xerox*

Applicant's Signature
விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்

Place / இடம் :
Date / நாள் :

Passport Size Photo

NATIONAL HEALTH MISSION – TAMIL NADU

DISTRICT HEALTH SOCIETY, PERAMBALUR

Application for the Post of Lab Attender
(Contract Basis)

1.	Applicant's Name / விண்ணப்பதாரர் பெயர்	:	
2.	Father's Name / தந்தையின் பெயர்	:	
3.	DOB (DD/MM/YYYY) / பிறந்த தேதி	:	
4.	Age / வயது	:	
5.	Educational Qualification / கல்வித்தகுதி	:	
6.	Current Residential Address / தற்போதைய வீட்டு முகவரி	:	
7.	Permanent Address / நிரந்தர முகவரி	:	
8.	Aadhar Card Number / ஆதார் எண்	:	
9.	Mobile Number / கைப்பேசி எண்	:	
10.	E-Mail ID (if available) / மின்னஞ்சல்	:	

Encl:-

1. *Transfer Certificate Xerox*
2. *Community Certificate Xerox*
3. *Nativity Certificate Xerox*
4. *Aadhar Card Xerox*
5. *If any Experience Certificate Xerox Covid work also in Govt. Sector*
6. *If applicable - Transgender/Differently Abled***/Deserted Wife/Destitute Widow Certificate Xerox*

Applicant's Signature
விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்

Place / இடம் :
Date / நாள் :