

KERALA STATE COUNCIL FOR CLINICAL ESTABLISHMENTS

2nd FLOOR, HOSTEL BLOCK OF KERALA STATE INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, THYCAUD,

THIRUVANANTHAPURAM -14, PHONE: 0471-2966523, E MAIL: kscce2018@gmail.com

Website: www.clinicalestablishments.kerala.gov.in

No. 1046/KSCCE/2020

01.07.2025

കേരള ക്ലിനിക്കൽ എസ്റ്റാബ്ലിഷ്മെന്റ്സ് ആക്ട് 2018 ന്റെ ഭാഗമായുള്ള പരാതി പരിഹാര സമിതിയിലേക്ക് താഴെ പറയുന്ന അപേക്ഷകൾ ക്ഷണിക്കുന്നു.

ക്രമ നമ്പർ	ഉദ്യോഗപേര്	ഒഴിവുകൾ	പ്രായപരിധി	യോഗ്യതകൾ
1	ചെയർമാൻ	1	ഉയർന്ന് പ്രായപരിധി 65 വയസ്സ്	സർക്കാർ സർവ്വീസിലെ അഡീഷണൽ സെക്രട്ടറിയുടെ പദവിയിൽ കുറയാത്ത തസ്തികയിൽ ഉദ്യോഗം വഹിച്ച് വിരമിച്ചതും നിയമത്തിൽ ബിരുദമുള്ളതുമായ വ്യക്തികൾ
2	മെമ്പർ 1	1	ഉയർന്ന് പ്രായപരിധി 65 വയസ്സ്	സർക്കാർ സർവ്വീസിൽ നിന്നും കുറഞ്ഞത് ഇരുപത് വർഷത്തെ സേവനത്തിന് ശേഷം വിരമിച്ച ഒരു ഡോക്ടർ
3	മെമ്പർ 2	1	ഉയർന്ന് പ്രായപരിധി 65 വയസ്സ്	വൈദ്യശാസ്ത്രം, പാരമെഡിക്കൽ, അത്യാഹിത സേവനം, പൊതുജനാരോഗ്യം, നിയമം, ധനകാര്യം, ആരോഗ്യ സംരക്ഷണ ഗവേഷണം, ഇതരവൈദ്യശാഖകൾ, വയോജന സംരക്ഷണം, മാനസികാരോഗ്യം, ഭിന്നശേഷിയുള്ളവരുടെ അവകാശം, പൊതുജനാരോഗ്യ മേൽനോട്ടം തുടങ്ങിയ ഒന്നോ അതിലധികമോ മേഖലകളിൽ കുറഞ്ഞത് പതിനഞ്ച് വർഷത്തെ വിദഗ്ദ്ധ സേവനം അനുഷ്ഠിച്ച് വ്യക്തി

അപേക്ഷകൾ grievancekscce@gmail.com എന്ന ഇ മെയിലിൽ നിർദ്ദിഷ്ട ഫോറത്തിൽ ലഭിക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷകൾ ലഭിക്കേണ്ട അവസാന തീയതി 31.07.2025.

തിരുവനന്തപുരം

01.07.2025

സെക്രട്ടറി

KERALA STATE COUNCIL FOR CLINICAL ESTABLISHMENTS

2nd FLOOR, HOSTEL BLOCK OF KERALA STATE INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, THYCAUD,

THIRUVANANTHAPURAM -14, PHONE: 0471-2966523, E MAIL: kscce2018@gmail.com

Website: www.clinicalestablishments.kerala.gov.in

Application for the Post of Chairman in Grievance Redressal Committee

Name of Candidate _____

Age _____ Date of Birth _____

Gender: Male ☐ Female ☐ Others ☐

Mobile No: _____ Email id _____

Present Post (if any): _____

Residential Address: _____

Passport
size Photo

7. Professional Qualification:

Details: _____

8. Details of Service in Government:

- Date of Retirement: _____
- Last Post Held and Department: _____
- Designation at the time of retirement: _____

9. Experience Relevant to the Post:

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

10. Any other relevant information:

.....
.....

11. Declaration:

I hereby declare that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that my application is liable to be rejected if any information is found to be incorrect.

Date: _____

Place: _____

Signature of the Applicant: _____

1. Proof of Identity
2. Proof of Qualification
3. Proof of Experience

KERALA STATE COUNCIL FOR CLINICAL ESTABLISHMENTS

2nd FLOOR, HOSTEL BLOCK OF KERALA STATE INSTITUTE OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, THYCAUD,
THIRUVANANTHAPURAM -14, PHONE: 0471-2966523, E MAIL: kscce2018@gmail.com
Website: www.clinicalestablishments.kerala.gov.in

Application for the Post of Members in Grievance Redressal Committee

Applied for: Member 1 ☐ / Member 2 ☐ (Put ✓ mark on the relevant category)

Name of Candidate _____

Age _____ Date of Birth _____

Gender: Male ☐ Female ☐ Others ☐ _____

Mobile No: _____ Email.id _____

Present Post (if any): _____

Residential Address : _____

Qualification: (a) _____

(b) _____

(c) _____

(d) _____

(e) _____

Experience: (1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

Declaration

I hereby declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Date:

Place:

Signature of Candidate

1. Proof of Identity
2. Proof of Qualification

