

PULARI

KKD/CA/412/2017

Association For Charitable Activities and Welfare of Child Cancer Patients and Parents in Kerala

Parents Empowerment Work Experience
Application Form

Name of the Candidat :
ഉദ്യോഗാർത്ഥിയുടെ പേര്

Address :
മേൽ വിലാസം

Phone No :
ഫോൺ നമ്പർ

Male/Female :
പുരുഷൻ/സ്ത്രീ

If Child is in the treatment give name :
ചികിത്സയിലിരിക്കുന്ന കുട്ടിയുടെ പേര്

Name of the Hospital :
ഹോസ്പിറ്റലിന്റെ പേര്

CSS No. :

Father Name and Occupation:
അച്ഛന്റെ പേരും ജോലിയും

Religion and Caste :
മതം/ജാതി

If included BPL or Not : **Yes / No**
ബി.പി.എൽ ലിസ്റ്റിൽ പെട്ടതാണോ അതെ/അല്ല

Ideclare that i would like to attend succesfully the training programme and I commit for all my best for the organisation.

സംഘടന നൽകുന്ന പരിശീലനം വിജയകരമായി ഞാൻ പൂർത്തീകരിക്കുന്നതും എന്റെ ഭഗത്ത് നിന്ന് എല്ലായ്പ്പോഴും സംഘടനക്ക് നന്മ ചെയ്യുന്നതുമായിരിക്കും

Signature of Candidates