



පරම්පරික ගුරු වෛද්‍ය සහතිකය

ගුරුවරයාගේ සම්පූර්ණ නම

ලිපිනය

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදෙන්නේ කුමන වර්ෂයේ සිටද?

ලියපදිංචි අංකය

අංශය

විශේෂ නම් කුමන විෂයක් සඳහාද?

පරම්පරාවේ නම

එහි ඉතිහාසය සැකවිත්

(ආරම්භය/ව්‍යුත්පන්නය/ආචාර්යවරු)

විශේෂත්වය

(විශේෂ ප්‍රතිකාර)

ශිෂ්‍යයාගේ නම

ශිෂ්‍යයාගේ ලිපිනය

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

ඔහු/ඇය තමා ළඟ වෛද්‍ය කර්මභ්‍යාසය ආරම්භ කළ දිනය / වර්ෂය

දිනකට කර්මභ්‍යාසය සඳහා ගත කරන කාලය (දළ වශයෙන්)

ශිෂ්‍යයාට ඇති සම්බන්ධතාවය



ශ්‍රී ලංකාවේ දැනුම/දක්ෂතාවය හා පළපුරුද්ද පිළිබඳ නිර්දේශය

ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය කර්මාභ්‍යාසය ලබාගත් වෙනත් ගුරුවරුන් පිළිබඳ විස්තර (තමා දන්නා තරම්)

ශ්‍රී ලංකා සමග නිෂ්පාදනය කළ ඖෂධ වර්ග වල නම්

ශ්‍රී ලංකා සමග පරීක්ෂා කර ඇති රෝගීන් සංඛ්‍යාව

- ❖ ශ්‍රී ලංකාවේ දේශීය වෛද්‍ය ක්‍රමය පාරම්පරිකව පවත්වාගෙන යාම සඳහා අවංකව හා සත්භාවයෙන් මා දන්නා වෛද්‍ය ශාස්ත්‍රය හා ශිල්ප මෙහි නම් සඳහන් ශ්‍රී ලංකා/ශ්‍රී ලංකාව වෙත උගන්වා පුහුණු කොට ඇති බව මෙහිලා සහතික කරමි.
- ❖ ඉහතින් සඳහන් කළ තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් ඒ සම්බන්ධව පූර්ණ වගකීම භාර ගන්නා බවත් මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.
- ❖ යම් හෙයකින් ඒවා අසත්‍ය හා ව්‍යාජ ඒවා බව හෙළි වුවහොත් ඒ සම්බන්ධව මා හට එරෙහිව විනයානුකූල පියවර ගැනීමට ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවට බලය ඇති බව පිළිගෙන පහතින් අත්සන් කරමි.

.....
අත්සන
(මුද්‍රාව තිබේනම්)

.....
දිනය

මෙම සහතිකය ව්‍යාජ ලෙස ඉදිරිපත් කළ බව සනාථ වුවහොත්, මාගේ ගෞරව ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට හෝ පරීක්ෂණය සඳහා නුසුදුසු කිරීමට ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවට බලය ඇති බව පිළිගෙන පහතින් අත්සන් කරමි.

ශ්‍රී ලංකාවේ අත්සන :-.....

දිනය :-.....