



**ආරම්භක වෛද්‍ය කර්මයේ යෙදී සිටීම පිළිබඳ නිකුත් කරනු ලබන
පළපුරුදු සහතිකය**

සහතිකය නිකුත්කරනු ලබන අයගේ විස්තර

සම්පූර්ණ නම

ආයතනය සහ ලිපිනය

දැනට දරන තනතුර

එම තනතුරේ සේවා කාලය

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

අයදුම්කරුගේ විස්තර

සම්පූර්ණ නම

ලිපිනය

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

අයදුම්කරු වෛද්‍ය කර්මාන්තයේ ආරම්භ කළ වර්ෂය

අයදුම්කරු දක්ෂතාවය දක්වන වෛද්‍ය අංශය **ආයුර්වේද** **සිද්ධ** **ගුනාති**

අයදුම්කරු වෛද්‍ය කර්මාන්තයේ යෙදෙන වෛද්‍ය ක්ෂේත්‍රය (අදාළ අංශය තෝරා " ✓ " ලකුණ යෙදවන්න)

සර්වාංග		සර්ප විෂ	
කැබුම් බිදුම්		වර්ම	
ගෙඩිවණ		ජලහීනිකා	
අක්ෂි		දැවුම් පිළිස්සුම්	
විදුම් පිළිස්සුම්		මානසික	

ගුරුවරයාගේ සම්පූර්ණ නම



ගුරුවරයාගේ ලිපිනය

ගුරුවරයා වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදෙන්නේ කුමන වර්ෂයේ සිටද?

ගුරුවරයාගේ ලියාපදිංචි අංකය

අංශය

විශේෂ නම් කුමන විෂයක් සඳහාද?

පරම්පරාවේ නම

අයදුම්කරු වෛද්‍ය කර්මාන්තයේ ලබාගත් වෙනත් ගුරුවරුන් පිළිබඳ විස්තර (නම දන්නා තරම්)

අයදුම්කරු පිළිබඳ කිව යුතු වෙනත් විශේෂ තොරතුරු

ඉහතින් සඳහන් කළ තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් ඒ සම්බන්ධව පූර්ණ වගකීම භාර ගන්නා බවත් මෙයින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි. යම් හෙයකින් ඒවා අසත්‍ය හා ව්‍යජ ඒවා බව හෙළි වුවහොත් ඒ සම්බන්ධව අදාළ අංශ වෙත පැමිණිලි කිරීමට අයුරුවේද වෛද්‍ය සභාවට අයිතිය ඇති බව පිළිගෙන පහතින් අත්සන් කරමි.

.....
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

.....
දිනය

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

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

.....
දිනය