



**ප්‍රාදේශීය ලේකම් සහතිකය**

**පළමු වැනි කොටස  
(අයැදුම්කරුගේ පෞද්ගලික තොරතුරු)**

- 1.1 සම්පූර්ණ නම (වාසගම සමඟ) .....
- 1.2 පදිංචි ස්ථානයේ ලිපිනය .....
- 1.3 ජාතික හැඳුනුම් පත් අංකය .....
- 1.4 තමා වෛද්‍ය කාර්යය උගත් පරිපූර්ණ / අයතනය : .....
- 1.5 තමා වෛද්‍ය කාර්යය උගත් ස්ථානයේ ලිපිනය: .....
- 1.6 තමා වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය ආරම්භ කළ වර්ෂය: .....
- 1.7 තමා වෛද්‍ය කාර්යය උගත් ආචාර්යවරයාගේ නම: .....
- 1.8 තමා ගුරුවරයා සමඟ මෙතෙක් ප්‍රතිකාර කළ රෝගීන් සංඛ්‍යාව: .....
- 1.9 තමා කර්මභ්‍යාසය ලැබූ අංශය: .....

මෙකී ඉහතින් සපයා ඇති තොරතුරු සහ කර ඇති ප්‍රකාශ සම්පූර්ණයෙන්ම සත්‍ය බව හා නිවැරදි බව අවංකව හා සත්‍ය ලෙස සහතික කොට දීවීයා ප්‍රකාශ කරමි. එසේම මෙම සහතිකය ව්‍යාජ ලෙස ඉදිරිපත් කළ බව සනාථ වුවහොත් මෙම අයැදුම් පත්‍රය ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට හෝ පරීක්ෂණ සඳහා නුසුදුසු කිරීමට ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවට බලය ඇති බව පිළිගෙන අත්සන් කරමි.

දිනය : .....  
අයැදුම්කරුගේ අත්සන

**සටහන - ( මෙහි පහත සඳහන් දෙවන කොටස සමඟ සිව්වැනි කොටස හෝ තෙවන කොටස සමඟ සිව්වැනි කොටස සම්පූර්ණ කොට ඉදිරිපත් කළ යුතුය )**

**දෙවැනි වැනි කොටස  
(ආයුර්වේද සංරක්ෂණ සභා සහතිකය)**

- 2.1 සංරක්ෂණ සභාවේ නම : .....
- 2.2 ලිපිනය : .....
- 2.3 අයැදුම්කරුගේ නම : .....
- 2.4 ජාතික හැඳුනුම් පත් අංකය: .....

2.5 අයැදුම්කරුගේ සංරක්ෂණ සහ සාමාජික අංකය : .....

2.6 සාමාජිකත්වය ලබාගත් වර්ෂය : .....

මෙම ආකෘති පත්‍රය ඉදිරිපත් කරන .....  
වන අය අප සංරක්ෂණ සභාවේ සාමාජිකයෙකු වන අතර අයැදුම්කරු විසින් ඉහතින් සපයා ඇති තොරතුරු සහ කර ඇති ප්‍රකාශ සම්පූර්ණයෙන්ම සත්‍ය බව හා නිවැරදි බව අවංකව හා සත්‍ය ලෙස සහතික කරමි. එසේම මෙම අයැදුම්කරු සාමාන්‍ය (සර්වාංග) වෛද්‍යවරයෙකු / විශේෂ වෛද්‍යවරයෙකු ලෙස උක්ත ගුරු වෛද්‍යවරයාගේ යටතේ කටයුතු කරන බව / කටයුතු කර ඇති බව ( ගුරුවරයා මියගොස් ඇත්නම් ) ප්‍රකාශ කරන අතර යම් හෙයකින් ඒවා අසත්‍ය හා ව්‍යාජ ඒවා බව හෙලි වුවහොත් ඒ සම්බන්ධව අදාළ අංශ වෙත පැමිණිලි කිරීමට ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවට බලය ඇති බව පිළිගෙන පහතින් අත්සන් කරමි.

දිනය : .....  
අත්සන ( ලේකම්/සභාපති ) හා නිල මුද්‍රාව

**තෙවැනි වැනි කොටස**  
**( ග්‍රාමසේවා නිලධාරී නිර්දේශය )**

3.1 ග්‍රාම සේවා නිලධාරී කොට්ඨාශය : .....

3.2 ලිපිනය : .....

3.3 අයැදුම්කරුගේ නම : .....

3.4 ජාතික හැඳුනුම් පත් අංකය : .....

මෙම අයැදුම්කරු සාමාන්‍ය (සර්වාංග) වෛද්‍යවරයෙකු / ..... පිළිබඳ විශේෂ වෛද්‍යවරයෙකු ලෙස වර්ෂ ..... සිට මෙම ප්‍රදේශයේ වෛද්‍ය කාර්යයේ නියැලෙන බව මෙයින් සහතික කරමි.

දිනය : .....  
අත්සන ( ග්‍රාමසේවා නිලධාරී ) හා නිල මුද්‍රාව

**සිව්වැනි කොටස**  
**( ප්‍රාදේශීය ලේකම් නිර්දේශය )**

..... ප්‍රාදේශීය ආයුර්වේද සංරක්ෂණ සභාව මගින් / ග්‍රාමසේවා නිලධාරී විසින් ඉහතින් සපයා ඇති විස්තර අනුව මෙම අයැදුම්කරු මෙම ප්‍රදේශයේ පාරම්පරික ආයුර්වේද වෛද්‍ය කාර්යයේ නියැලෙන බව මෙයින් සහතික කරමි.

දිනය : .....  
අත්සන ( ප්‍රාදේශීය ලේකම් ) හා නිල මුද්‍රාව