



**අයැදුම්කරුගේ පෞද්ගලික තොරතුරු**

01. අයැදුම්කරුගේ නම :-

02. ස්ථීර පදිංචි ලිපිනය :-

03. මෙම ලිපිනයේ පදිංචි කාලය :-

04. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලය :-

05. රැකියාව :-

06. සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :-

07. දුරකතන අංක :-

නිවස

සේවා ස්ථානය

ජංගම

08. පාරම්පරික දේශීය වෙද කමට ආවේනික, ඔබටම සුවිශේෂ වූ දෑ :-

09. ඔබ ලබා ඇති ඉහළම අධ්‍යාපන සුදුසුකම :-

ආයුර්වේද

වෛද්‍ය

සභාවේ

ලියාපදිංචි

විම

සඳහා

..... වන මා විසින් ඉදිරිපත් කරනු ලැබූ අයැදුම්පත්‍රය සහ ඊට අදාළ අනෙකුත් ලේඛන සියල්ලම නිවැරදි සහ සත්‍ය තොරතුරු සහිත බවත්, යම් හෙයකින් ඒවා අසත්‍ය බව හෝ සාවද්‍ය බව හෝ ව්‍යාජ බව හෝ අඩුපාඩු සහිත බව හෝ සොයා ගනු ලැබුව හොත් මාගේ අයැදුම්පත්‍රය ප්‍රතික්ෂේප කිරීමේ බලය ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව සතු බව පිළිගනිමි.

මෙම අයැදුම්පත්‍රය සභාව විසින් නියම කරනු ලබන කොන්දේසි වලට යටත්ව වෛද්‍ය කර්මයට අදාළ දැනුම, දක්ෂතාව සහ පළපුරුද්ද සම්බන්ධයෙන් පවත්වනු ලබන යම් පරීක්ෂණයක් හෝ පරීක්ෂණ මණ්ඩලයක් ඉදිරියේ පෙනී සිටීමටත් එකඟතාව සහ කැමැත්ත පළ කරන බවත්, මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවේ තීරණය අවසාන තීරණය ලෙස පිළිගන්නා බවත්, අවංක ලෙසත් සත්‍ය ලෙසත් මෙ මගින් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

දිනය :-.....

අත්සන:-.....

(සහතික කරනු ලබන අය ඉදිරියේ දී කියවා අත්සන් තැබිය යුතුය.)

ඉහත ලිපිනයෙහි පදිංචි ..... නමැති අය .....දින.....දී ඉහත කරුණු කියවා තේරුම් කර දීමෙන් පසු මා ඉදිරියේ දී අත්සන් කළ බව සහතික කරමි.

දිනය:.....

.....  
සාමදාන විනිශ්චකාර අත්සන  
(නම සහ තනතුර සහිත නිල මුද්‍රාව)

ප්‍රධාන නගරයේ සිට ඔබගේ බෙහෙත් ශාලාවට / වෛද්‍ය කර්මයේ යෙදෙන ස්ථානයට ළඟා විය හැකි පහසුම හා ළගම මාර්ගය පැහැදිලිව මෙම පිටුපස දළ සටහනක් මගින් ඇද පෙන්වන්න



**අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික තොරතුරු  
(BAMS / BUMS / BSMS / DA)**

01. අයදුම්කරුගේ නම :-

02. ස්ථීර පදිංචි ලිපිනය :-

03. මෙම ලිපිනයේ පදිංචි කාලය :-

04. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලය :-

05. ළගම නගරය :-

06. රැකියාව :-

07. සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :-

08. දුරකථන අංක :-

නිවස

සේවා ස්ථානය

ජංගම

ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි වීම සඳහා  
..... වන මා විසින්  
ඉදිරිපත් කරනු ලැබූ අයදුම්පත්‍රය සහ ඊට අදාළ අනෙකුත් ලේඛන සියල්ලම නිවැරදි සහ සත්‍ය  
තොරතුරු සහිත බව ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

දිනය :-.....

අත්සන:-.....

☎ 011 2746754

☎ 011 5672905

☎ 011 5672906