

Annexure - I

II ශ්‍රේණියේ දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය තනතුර සඳහා ඉල්ලුම්පත්‍රය -2025

සෞඛ්‍ය හා ජන මාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා
කුසලතා අංකය
පත් කරන ලද සේවා ස්ථානය
පරීක්ෂා කළේ.....
බලය පවරන ලද්දේ.....

01.සම්පූර්ණ නම :.....
.....

(ඔබ ඉහත සඳහන් කළ නම හා ජ්‍යෙෂ්ඨතා දත්ත වෛද්‍ය පීඨයෙන් ඉදිරිපත් කර ඇති කුසලතා ලේඛනයේ සඳහන් නම හෝ ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි සහතිකයේ දැක්වෙන නම අතර වෙනසක් තිබේ නම් කරුණාකර ඒ සඳහා දිවුරුම් ප්‍රකාශයක් ඉදිරිපත් කරන්න.)

02.මුලකුරු සහිත නම :.....

03. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :.....

04. උපාධිය ලැබූ වසර සහ මාසය :.....

05.උපාධිය ලද දත්ත වෛද්‍ය පීඨය හා රට :.....

06. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය:.....

07.ලිපිනය:.....
.....

08. දුරකථන අංකය:.....ජංගම

09. කාණ්ඩය: දෙවන ශ්‍රේණිය - දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය

ඉහත මා විසින් සපයා ඇති සියලුම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. මා විසින් සඳහන් කළ යම් තොරතුරක් අසත්‍ය හෝ වැරදි බවට තහවුරු වුවහොත් මාගේ අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වන බවද අවබෝධ කර ගෙන සිටිමි. තවද අභිමතයන් ප්‍රකාශ කිරීමේ ආකෘති පත්‍රයෙහි මා විසින් සඳහන් කළ ස්ථාන අනුපිළිවෙල අයදුම්පත් කැඳවන අවසන් දිනට පසු කිසිදු හේතුවක් මත වෙනස් කළ නොහැකි බවද අවබෝධ කර ගෙන සිටින බවට මෙයින් සහතික වෙමි.

.....
දිනය

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන