

(ඊ) විභාග ප්‍රවේශ පත්‍රය එවීම සඳහා පැහැදිලිව ලිපිනය ලියන ලද 9" x 4" ප්‍රමාණයේ රූපියල් 45 ක මුද්දර ඇලවූ ලියුම් කවර 02ක් අයදුම්පත්‍රයට අමුණක ලද්දේ ද? :-

(උ) (i) තැපැල් ලිපිනය (සිංහලෙන්) :-

(ii) තැපැල් ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්) :-

05. (අ) මීට ප්‍රථම මෙම විභාගයට පෙනී සිටියේ ද ? :-

(ආ) විභාගයට පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට නොවේ නම් මුද්දර ඇලවා තිබේ ද? :-

මුද්දර කොටුව (මුද්දර ඇලවා ඒ මත අත්සන තබන්න.)

06. අයදුම්කරුගේ සහතිකය

මගේ දැනුම හා විශ්වාසය පරිදි -

(i) මෙම අයදුම් පත්‍රයේ සඳහන් කර ඇති තොරතුරු සත්‍ය බවත් මෙම විභාගයට මා පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට බැවින් විභාග ගාස්තු ගෙවීම අනවශ්‍ය බවත් ප්‍රථම වතාවට නොවන බැවින් රු..... ක් වටිනා මුද්දර ඇලවා ඇති බවත් මෙම ඉල්ලුම් පත්‍රයට මා විසින් ඇලවා ඇති මුද්දර අවලංගු කිරීමට පෙර වලංගු වූ පාවිච්චි නොකරන ලද මුද්දර බවත් ප්‍රකාශ කරමි.

(ii) සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් විභාග පිළිබඳව පනවා ඇති නීතිරීතිවලට එකඟව ක්‍රියාකිරීමටත් මෙම විභාගය පිළිබඳ ව්‍යවස්ථාව අනුව මා නුසුදුස්සකු බව පෙනී ගියහොත්, මාගේ විභාගාපේක්ෂකත්වය අවලංගු කිරීමට ගනු ලබන කවර හෝ තීරණයකට මම එකඟවන බවත් සහතික කරමි.

දිනය :-
අයදුම්කරුගේ අත්සන.

07. පෞද්ගලික ලිපිගොනු බාර විෂය නිලධාරියාගේ/නිලධාරිණියාගේ සහතිකය :

මෙම අයදුම්පත් බාර ගන්නා අවසාන දිනයට පෙර මා වෙත බාරදුන් බවත්, පෞද්ගලික ලිපිගොනුවේ ඇති තොරතුරුවලට අනුව අයදුම්කරු විසින් නිවැරදිව මෙම අයදුම්පත සම්පූර්ණකර ඇති බවත්, මෙම කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් විභාගයට පෙනී සිටීමට අවශ්‍ය සුදුසුකම් සපුරා ඇති බවත් මෙම අයදුම්පතේ පිටපතක් පෞද්ගලික ලිපි ගොනුවට ගොනුකළ බවත් සහතික කරමි.

දිනය :-
නම සහ අත්සන.

08. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය :

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මෙම ආයතනයේ සේවයේ නියුතු වෛද්‍ය නිලධාරියෙකු/දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියෙකු වන අතර, අයදුම්පත්‍රයෙහි දී තිබෙන තොරතුරු අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුවේ ඇති තොරතුරු අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට වන/නොවන බවට ද රු..... ක් වටිනා මුද්දර මෙම මුද්දර අයදුම් පත්‍රයට ඇලවා ඇති බව ද/මුද්දර ඇලවීමට අනවශ්‍ය බවට ද මා ඉදිරිපිටදී අත්සන් කළ බව ද සහතික කරමි.

දිනය :-
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන.
(රබර් මුද්‍රාව තැබිය යුතුය)

09. විමධ්‍යගත කොට්ඨාස/විශේෂිත ව්‍යාපාර ප්‍රධානියාගේ සහතිකය :

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය වෛද්‍ය නිලධාරියෙකු/ දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියෙකු වශයෙන් මගේ ආයතනයේ සේවය කරන බවත්, අයදුම්පත්‍රයෙහි දී තිබෙන තොරතුරු අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුවේ ඇති තොරතුරු අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටීමට ඔහුට/ඇයට සුදුසුකම් ඇති බවත් සහතික කරමි.

දිනය :-
විමධ්‍යගත කොට්ඨාස/විශේෂිත ව්‍යාපාර ප්‍රධානියාගේ අත්සන.
(රබර් මුද්‍රාව තැබිය යුතුය).

(අනවශ්‍ය කොටස් කපා හරින්න)



www.applications.lk

ඉදිරියේදී පළ වන රැකියා ඇබැරතු සඳහා
අයදුම්පත් නොමිලයේ Download කර ගැනීමට
අපගේ Facebook Fanpage එක Like කර
ඔබගේ මිතුරන්ටත් දැන ගැනීමට Share කරන්න.

www.facebook.com/applications.lk

Website - <http://www.applications.lk>

Facebook - <http://www.facebook.com/applications.lk>

Twitter - <http://www.twitter.com/applicationslk>



100% FREE

රජයේ රැකියා, පාඨමාලා,
විභාග පිළිබඳ තොරතුරු සහ
අයදුම්පත් පලවූ සැණින් එසැණින්
නොමිලයේ ඔබගේ ජංගම
දුරකථනය වෙත ලබාගන්න.

ඕනෑම ජංගම දුරකථනයකින්

Follow applicationslk

ලෙස සටහන් කර 40404 වෙත

sms කරන්න...