

(ඊ) විභාග ප්‍රවේශ පත්‍රය එවීම සඳහා පැහැදිලිව ලිපිනය ලියන ලද 9" x 4" ප්‍රමාණයේ රූපියල් 110.00 ක මුද්දර ඇලවූ ලියුම් කවර 01ක් අයදුම්පත්‍රයට අමුණන 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 අයදුම්පත්‍රයේ 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 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 භාර විෂයය නිලධාරියාගේ/නිලධාරිණියගේ සහතිකය

මෙම අයදුම්පත් භාර ගන්නා අවසාන දිනයට පෙර/පසු මා වෙත භාරදුන් බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටීමට අවශ්‍ය සියලුම සුදුසුකම් සපුරා ඇති බවත්, පෞද්ගලික ලිපිගොනුවේ ඇති තොරතුරුවලට අනුව අයදුම්කරු විසින් නිවැරදි ව මෙම අයදුම්පත සම්පූර්ණකර ඇති බවත්, මෙම අයදුම්පතේ පිටපතක් පෞද්ගලික ලිපිගොනුවට ගොනුකළ බවත් සහතික කරමි.

දිනය :_____.

_____,
නම සහ අත්සන.

08. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මෙම ආයතනයේ සේවයේ නියුතු වෛද්‍ය නිලධාරියකු/දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියකු වන අතර, අයදුම්පත්‍රයෙහි දී තිබෙන තොරතුරු අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුවේ ඇති තොරතුරු අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට වන/නොවන බවට ද රු. ක් වටිනා මුද්දර මෙම මුද්දර අයදුම්පත්‍රයට ඇලවා ඇති බව ද/මුද්දර ඇලවීමට අනවශ්‍ය බවට ද, මා ඉදිරිපිට දී 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 නිලධාරියකු/ දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියකු වශයෙන් මගේ ආයතනයේ සේවය කරන බවත්, අයදුම්පත්‍රයෙහි දී තිබෙන තොරතුරු අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුවේ 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)