

**කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය**  
**සුභසාධක වෛද්‍ය ක්‍රමය - 2018**  
**අයදුම් පත්‍රය**

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.

සාමාජික අංකය - : ..... යෝජනා ක්‍රමය I  යෝජනා ක්‍රමය II  යෝජනා ක්‍රමය III   
 (අදාළ කොටුවට සලකුණ යොදන්න.)

1.	මූලකරු සමග නම :	
2.	දැනට දරන තනතුර :	
	පත්විම් දිනය :	
	අංශය :	
3.	උපන් දිනය :	වයස:
4.	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :	දුරකථන අංකය - (කාර්යාලය) :
		ජංගම :
5.	විවාහක අවිවාහක බව :	
6.	විවාහක නම්, (විවාහ සහතිකයේ පිටපතක් අමුණන්න.) අ) කාලාත්‍රයාගේ නම :	
	ආ) උපන් දිනය :	YYYY / MM / DD : <span style="float: right;">වයස :</span>
ඇ) දරුවන්ගේ විස්තර :		
<b>අවිවාහක හා රැකියා විරහිතදරුවන්ගේ නම්</b> (අවුරුදු 21ට වඩා අඩු විය යුතුය).කරුණාකර දරුවන්ගේ උප්පැන්න සහතික වල පිටපත් අමුණන්න		<b>උපන් දිනය</b>  <b>වයස</b> <b>(2018-03-01 දිනට)</b>

7.	ඔබ අංක 06හි දක්වා ඇති අය මනා සෞඛ්‍ය තත්වයෙන් සිටීද ? එසේ නැත්නම්, සම්පූර්ණ විස්තර සඳහන් කරන්න.	
----	--	--

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. මම සුභ සාධක වෛද්‍ය ක්‍රමයේ යෝජනා ක්‍රමය I / II / III / සඳහා දායක වීමට කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරන අතර 2018.03.01 දින සිට මාසිකව රු.150/ රු.400/ රු.650/ බැගින් වැටුපෙන් අය කර ගැනීමට එකඟ වෙමි. (අදාළ නොවන වචනය කපා හරින්න.)

ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන : ..... දිනය : .....

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය බවට නිර්දේශ කරමි.  
 අංශ ප්‍රධානියාගේ අත්සන: ..... (නිල මුද්‍රාව)  
 දිනය : .....

ඉහත අංක 1 සිට 6 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව නිවරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.  
 .....  
 පෞද්ගලික ලිපිගොනුව භාර ලිපිකරු නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී/පෝෂ්‍ය සහකාර ලේඛකාධිකාරී/ (අධ්‍යයන ආයතන/අනධ්‍යයන ආයතන)