

කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය
සුභසාධක වෛද්‍ය ක්‍රමය - 2019
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 නම, (විවාහ සහතිකයේ පිටපතක් අමුණන්න.) අ) කාලාක්‍රයාගේ නම :	
	ආ) උපන් දිනය :	YYYY /MM / DD : වයස :

ඇ) දරුවන්ගේ විස්තර :

අවිවාහක හා රැකියා විරහිතදරුවන්ගේ නම් (අවුරුදු 21ට වඩා අඩු විය යුතුය).කරුණාකර දරුවන්ගේ උප්පැන්න සහතික වල පිටපත් අමුණන්න	උපන් දිනය	වයස (2019-03-01 දිනට)

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 සාධන වෛද්‍ය ක්‍රමයේ යෝජනා ක්‍රමය I / II/ III/ සඳහා දායක වීමට කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරන අතර 2019.03.01 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 නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.

 පෞද්ගලික ලිපිගොනුව භාර ලිපිකරු නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී/ජ්‍යෙෂ්ඨ සහාකාර ලේඛකාධිකාරී/ (අධ්‍යන ආයතන/අනධ්‍යන ආයතන)