

කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය
සුභසාධක වෛද්‍ය ක්‍රමය - 2024
අයදුම් පත්‍රය

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා
පමණි.

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

	ඔබ පෙර වර්ෂවල සුභසාධක යෝජනා ක්‍රමයට ලියාපදිංචි වී තිබේද ?	ඔව්	නැත
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) කාලාක්‍රමයෙන් 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 (2024-01-01 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 සාධක වෛද්‍ය ක්‍රමයේ යෝජනා ක්‍රමය I / II/ III/ සඳහා දායක වීමට කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරන අතර 2024. 01.01 දින සිට මාසිකව රු.200/ රු.600/ රු.1,000/ 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 හාර ලිපිකරු
 නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී/ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර ලේඛකාධිකාරී/
 (අධ්‍යන ආයතන/අනධ්‍යන ආයතන)

