

**කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය**  
**සුභසාධක වෛද්‍ය ක්‍රමය - 2025**  
**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.	මූලකුරු 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) කාලාන්තරයේ නම :		
	ආ) උපන් දිනය :	YYYY / MM / DD:	වයස :

ඇ) දැරුවන්ගේ විස්තර :

අවිවාහක හා රැකියා විරහිත දැරුවන්ගේ නම් (අවුරුදු 21ට වඩා අඩු විය යුතුය).කරුණාකර දැරුවන්ගේ උප්පැන්න සහතික වල පිටපත් අමුණන්න	උපන් දිනය	වයස (2025-01-01 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 2025. 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 නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.  
 .....  
 පෞද්ගලික ලිපිගොනුව හාර ලිපිකරු ..... නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී/ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර ලේඛකාධිකාරී/  
 (අධ්‍යන ආයතන/අනධ්‍යන ආයතන)