

කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය
සුභ සාධන වෛද්‍ය ක්‍රමය
ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් පත්‍රය
බාහිර ප්‍රතිකාර / ඇස් කන්නාඩි

(කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා)

සාමාජික අංකය: යෝජනා ක්‍රමය I යෝජනා ක්‍රමය II යෝජනා ක්‍රමය III

අයදුම්කරුගේ නම : (මයා/මිය/මෙය)

තනතුර: සේවය කරන අංශය:

දුරකථන අංකය: (කාර්යාල)..... ජංගම:.....

වයස: විවාහක/අවිවාහක:

(සියලුම බිල්පත් වෙනත් කොළයක අලවා මෙම ඉල්ලුම් පත්‍රය සමඟ අමුණා ශිෂ්‍ය හා සේවක කටයුතු අංශයේ ඇති අදාළ ලේඛනයේ සටහන් කිරීමට කාරුණිකවන්න. සියලුම බිල්පත් වල දිනය හා වෛද්‍යවරයාගේ නිල මුද්‍රාව තිබේදැයි බලන්න.)

ප්‍රතිකාර කරන ලද රෝගියාගේ නම / නම්	අයදුම්කරුට ඇති නැකම	ප්‍රතිකාර කළ වෛද්‍යවරයාගේ නම	ප්‍රතිකාර ලද දිනය / දින
1.			
2.			
3.			
4.			

බිල්පත් පිළිබඳ විස්තර (වෛද්‍ය / ආරෝග්‍යශාලා / බෙහෙත් ශාලා)

(බෙහෙත් ශාලා බිල්පත් සඳහා වෛද්‍යවරයාගේ බෙහෙත් වට්ටෝරුව ද ඇමිණිය යුතු අතර, පහත දක්වන තොරතුරු තහවුරු කිරීම සඳහා අවශ්‍ය සියලුම ලියකියවිලි අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

අනු අංකය	බිල්පත් අංකය	කුමක් සඳහාද යන වග	බිල්පත් නිකුත් කළ දිනය	මුදල රු.
1.				
2.				
3.				
4.				
එකතුව				

ඉහත සඳහන් පරිදි මා විසින් රුපියල්ක් සඳහා වෛද්‍ය ගාස්තු ඉල්ලුම් කරනු ලබන අතර, ඉල්ලුම් පතෙහි දක්වා ඇති තොරතුරු අවංකව හා සත්‍යවාදීව ඉදිරිපත් කර ඇති බව ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය: අයදුම්කරුගේ අත්සන

----- (කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි) -----

අංශ ප්‍රධානීගේ නිර්දේශය

අයදුම්කරු විසින් සපයන ලද සියලු තොරතුරු, වෛද්‍ය වාර්තා හා බිල්පත් පිළිබඳ සලකා බැලීමෙන් පසු ඔහු / ඇය විසින් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සඳහා දරන ලද සම්පූර්ණ මුදල / සම්පූර්ණ මුදලින් රු: ක් ප්‍රතිපූරණය කිරීම මම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය: අත්සන / අංශ ප්‍රධාන (නිල මුද්‍රාව)

අයදුම්කරු විසින් සපයා ඇති තොරතුරු සහ අදාළ වාර්තා පරීක්ෂා කළ අතර මුදල් ප්‍රතිපූරණය කිරීම නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

දිනය: වෛද්‍ය පීඨ ආචාර්ය මණ්ඩල සාමාජික (නිල මුද්‍රාව)