

**කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය**  
**සුභසාධක වෛද්‍ය ක්‍රමය - 2023**  
**අයදුම් පත්‍රය**

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා  
පමණි.

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

ඔබ පෙර වර්ෂයේ රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය - 2022 ට 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 නම්, <i>(විවාහ සහතිකයේ පිටපතක් අමුණන්න.)</i> අ) කාලාන්තරයෙන් නම :		
	ආ) උපන් දිනය :	YYYY /MM / DD:	වයස :
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> (2023-01-01 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 2023. 01.01 දින සිට මාසිකව රු.200/ රු.600/ රු.900/ 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:.....  
 දිනය : .....

(නිල මුද්‍රාව)

ඉහත අංක 1 සිට 6 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.  
 .....  
 පෞද්ගලික ලිපිගොනුව භාර ලිපිකරු  
 නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී/ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර ලේඛකාධිකාරී/  
 (අධ්‍යන ආයතන/අනධ්‍යන ආයතන)