



ගම්පහ වික්‍රමාරච්චි දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලය  
**Gampaha Wickramarachchi University of Indigenous Medicine**

දේශීය වෛද්‍ය විද්‍යා පීඨය  
**Faculty of Indigenous Medicine**

ආයුර්වේද රූපලාවන්‍ය පිළිබඳ ඩිප්ලෝමා පාඨමාලාව  
**Diploma in Ayurveda Cosmetology**

**For Office Use Only**

Application No :

.....

Application Fee :

Paid / Not Paid

මයා/ Mr.		මිය/ Mrs.		මෙනවිය/ Miss.	
----------	--	-----------	--	---------------	--

සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්)  Name in Full (in Sinhala)																				

සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්)  Name in Full (in English)																				

මූලකුරු සමඟ නම (සිංහලෙන්)  Name with Initials (in Sinhala)																				

මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්)  Name with Initials (in English)																				

ස්ථිර ලිපිනය (සිංහලෙන්)  Permanent Address (in Sinhala)																				

ස්ථිර ලිපිනය (ඉංග්‍රීසියෙන්)  Permanent Address (in English)																				

විද්‍යුත් ලිපිනය E-mail Address																				
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

දුරකථන අංක Telephone	Home																			
	Mobile																			

ජා.හැ. අංකය NIC No																				
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

උපන් දිනය Date of Birth	දිනය Date	මාසය Month	අවුරුද්ද Year	වයස (අයදුම් කරන දිනට) Age	දින Days	මාස Months	අවුරුදු Years

ජාතිය Nationality	
----------------------	--

රක්ෂාව Employment	
----------------------	--

අ.පො.ස. සා/පෙළ විභාග ප්‍රතිඵල / G.C.E. O/L Results		
පෙනී සිටි වර්ෂය/ Year :		විභාග අංකය/ Index No. :
<b>විෂයය / Subject</b>		<b>සාමාර්ථය / Grade</b>

\*සුදුසුකම් සනාථ කිරීම සඳහා සහතික කරන ලද පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුයි/ Certified copies of certificates should be attached.

අ.පො.ස. උ/පෙළ විභාග ප්‍රතිඵල / G.C.E. A/L Results		
පෙනී සිටි වර්ෂය/ Year :		විභාග අංකය/ Index No. :
<b>විෂයය / Subject</b>		<b>සාමාර්ථය / Grade</b>

\*සුදුසුකම් සනාථ කිරීම සඳහා සහතික කරන ලද පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුයි/ Certified copies of certificates should be attached.

වෙනත් අධ්‍යාපන සුදුසුකම් / Other Educational Qualifications	
<b>විෂයය / Subject</b>	<b>වර්ෂය/ Year</b>

\*සුදුසුකම් සනාථ කිරීම සඳහා සහතික කරන ලද පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුයි/ Certified copies of certificates should be attached.

වෙනත් සුදුසුකම් / Other Qualifications

\*සුදුසුකම් සනාථ කිරීම සඳහා සහතික කරන ලද පිටපත් ඉදිරිපත් කළ යුතුයි/ Certified copies of certificates should be attached.

මෙම ඉල්ලුම් පත්‍රයෙහි මා විසින් සඳහන් කර ඇති විස්තර සත්‍ය වූද, නිවැරදි වූද ඒවා බව මෙයින් සහතික කරමි. මෙම විස්තර අසත්‍ය හෝ වැරදි බවට මා තෝරා ගැනීමට පෙර සොයා ගනු ලැබුවහොත් මාගේ අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වන බවද තෝරා ගැනීමෙන් පසුව අසත්‍ය හෝ වැරදි බවට තහවුරු වුවහොත් පාඨමාලා ගාස්තු ආපසු ගෙවීමකින් තොරව පාඨමාලාවෙන් ඉවත් කළ හැකි බවද මම දනිමි.

I hereby certify that the information mentioned above is true and correct according to the best of my knowledge. I understand that misrepresentation in the application will cause the rejection of the application or revoke of acceptance for admission at any stage.

.....  
දිනය / Date

.....  
අයදුම්කරුගේ අත්සන / Signature of the Applicant

**සැලකිය යුතුයි.**

අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කිරීමේදී අධ්‍යාපන සහතික පත්‍ර, උප්පැන්න සහතිකය හා ජාතික හැඳුනුම්පතෙහි සහතික කරන ලද පිටපත් එවිය යුතු වේ. අසම්පූර්ණ අයදුම්පත්, ප්‍රතික්ෂේප වීමට හේතු වනු ඇත.

අයදුම්පත් ගාස්තුව රාජකාරී දිනයන්හි පෙ.ව. 9.00 - ප.ව. 3.00 අතර කාලය තුළ විශ්වවිද්‍යාලයේ සරප් වෙත ගෙවිය හැකිය. එසේ නොමැති නම් අයදුම්කරුවන් විසින් ගම්පහ වික්‍රමාරච්චි දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලයේ ජංගම ගිණුමට (ගිණුම් අංක 333-1002-00000059 - මහජන බැංකුව, යක්කල) බැර වන පරිදි අදාළ අයදුම්පත් ගාස්තුව (රු.2000.00 ) දිවයිනේ ඕනෑම මහජන බැංකු ශාඛාවකට ගෙවා ලබා ගත් ගෙවීම් පත (Payment Slip) සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත සමග සහකාර ලේඛකාධිකාරී, දේශීය වෛද්‍ය විද්‍යා පීඨය, ගම්පහ වික්‍රමාරච්චි දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලය, නුවර පාර, යක්කල යන ලිපිනයට එවිය යුතුයි.

අයදුම් කරන පාඨමාලාවේ නම එවනු ලබන ලියුම් කවරයේ ඉහළ වම් කෙළවරෙහි සඳහන් කළ යුතු වේ.

**පාඨමාලා සමායෝජකගේ නිර්දේශය / Recommendation of the Course Coordinator**

නිර්දේශ කරමි (Recommended) / නොකරමි (Not Recommended)

.....  
පාඨමාලා සමායෝජකගේ අත්සන / Signature of the Coordinator