

(අයදුම්කරු විසින් සම්පූර්ණකොට විශ්වවිද්‍යාලයීය වෛද්‍ය නිලධාරියාට භාර දිය යුතුයි)

..... වශයෙන් ගම්පහ වික්‍රමාරච්චි දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලයේ පත්වීමක් සඳහා ස්ථිර වශයෙන් තෝරා ගනු ලැබූ අයදුම්කරුවෙකු විසින් කරනු ලබන ප්‍රකාශය

ගම්පහ වික්‍රමාරච්චි දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලය යටතේ පත්වීමක් ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන අයදුම්කරුවන් විසින් පහත සඳහන් අකෘති පත්‍රය සම්පූර්ණ කොට වෛද්‍ය පරීක්ෂණය කරනු ලබන වේලාවේ දී විශ්වවිද්‍යාලයීය වෛද්‍ය නිලධාරියාට භාර දිය යුතුය.

මෙහි කරනු ලබන ප්‍රකාශයන් ගැන අයදුම්කරු වගකිව යුතුය. යම් තොරතුරක් ඕනෑකමින් යටපත් කලහොත් ඔහුට පත්වීම නොලැබිය හැකිය.

සම්පූර්ණ නම : .....  
 ලිපිනය : .....  
 රක්ෂාව : .....  
 උපන් දිනය : ..... මිලග උපන් දිනට වයස : .....  
 උපන් ස්ථානය : ..... විවාහකද අවිවාහකද යන වග : .....

ඔබගේ අත් එන්නත් කිරීම සාර්ථක වී තිබේ ද? .....

එසේ නම් අන්තිම වරට අත් එන්නත් කළ දිනය: .....

ඔබට මසූරිකා රෝගය වැළඳී තිබේද? .....

නිතර නිතර කැස්ස, කෙළ සමඟ හෝ කහින විට හෝ ලේ යාම, චුප්චුසාවරණ ප්‍රදාහය, යන මේ රෝගයකින් හෝ පෙණහැලි වල වෙන යම් රෝගයකින් හෝ ඔබ පෙළී සිටියෙහි ද? .....

අන්ත්‍ර වෘද්ධිය, අර්ශස්, රක්තවාහය, අපස්මාරය හෝ ආක්ෂේපය යන මේ රෝගයකින් හෝ වෙන යම් නහරගත රෝගයකින් හෝ ඔබ පෙළී සිටියෙහි ද? .....

ඔබ වෙන යම් රෝගයකින් හෝ තදබල තුවාලයකින් හෝ පෙළී සිටියෙහි ද?.....

සහජ අංග විකල්පවයකින් හෝ පසුව ඇති වූ අංග විකල්පවයකින් හෝ ඔබ පෙළෙන්නෙහි ද?.....

ඔබට කවදා හෝ යම් ශල්‍යකර්මයක් කරන ලද්දේ ද? එසේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර හා ශල්‍යකර්මය කළ දිනයද ලියන්න.

දැන් ඔබ මනා සනීපයෙන් සිටින්නෙහි ද? .....

ඔබ මධ්‍යස්ථ ගතිපැවතුම් ඇත්තෙක් ද? .....

ඔබේ පවුලේ යම් කිසිවෙක් හෝ ඔබේ කීට්ටු නැදෑයෙක් හෝ ක්ෂය රෝගයෙන් හෝ පෙණහැලිගත වෙන යම් රෝගයකින් හෝ උමතු රෝගයකින් හෝ ආක්ෂේප රෝගයකින් හෝ පෙළෙන්නේ ද? නැතහොත් පෙළී සිටියේ ද?

පියා ජීවත්ව සිටි නම්, ඔහුගේ වයස සහ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය	පියා මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග සහ පියා මිය යන විට වයස	මව ජීවත්ව සිටි නම්, ඇගේ වයස සහ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය	මව මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග සහ මව මිය යන විට වයස
ජීවත්ව සිටින සහෝදර සංඛ්‍යාව හා ඔවුන්ගේ වයස	මැරුණ සහෝදරයන්ගේ ගණන, මැරෙන විට ඔවුන්ගේ වයස, මළේ කවර රෝගයකින් ද යන	ජීවත්ව සිටින සහෝදරයන්ගේ ගණන හා ඔවුන්ගේ වයස	මැරුණ සහෝදරයන්ගේ ගණන, මැරෙන විට ඔවුන්ගේ වයස, මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග

මා විසින් මේ ආකෘති පත්‍රයේ ලියන ලද පිළිතුරු සත්‍ය බවත්, වැදගත් කිසිම කරුණක් මවිසින් යටපත් නොකරන ලද බවත් මම මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

අත්සන: .....

(To be filled up by the Candidate and handed over to the University Medical Officer)

Declaration by candidate provisionally selected for appointment in the Gampaha Wickramarachchi University of  
Indigenous Medicine)

Candidate for appointment under Gampaha Wickramarachchi University of Indigenous Medicine should complete the form below and hand it to the University Medical officer at the time of examination.

The candidate will be held responsible for the accuracy of the statements hereon, and by willfully suppressing any information he will incur the risk of losing the appointment.

Name in full : .....

Address : .....

Occupation : .....

Date of birth : ..... Age on next birthday: .....

Place of birth : ..... Whether married or single : .....

Have you been successfully vaccinated: .....

If so, give last date: .....

Have you had smallpox: .....

Have you suffered from habitual cough, spitting or coughing blood, pleurisy, or any complaint of the lungs ? .....

Have you suffered from rupture, piles, rheumatism, epileptic or other fits, insanity, or from any nervous complaint?  
.....

Have you suffered from any other disease or from serious personal injury? .....

Have you any deformity, congenital or acquired? .....

Have you ever undergone any surgical operation? If so, give particulars and dates : .....

Are you now in good health? .....

Are you temperate in your habits? .....

Are any members of your family or near relatives, or have they been, subject to consumption or any disease of the lungs, or to insanity or fits? .....

Father's age, if living and state of health	Father's age, at death and cause of death	Mother's age, if living and state of health	Mother's age, at death and cause of death
No. of brothers living and their ages	No. of brothers dead, their ages at, and cause of death	No. of sisters living and their ages	No. of sisters dead, their ages at, and cause of death

I do hereby declare that the answers given by me on this form are true and that I have not suppressed any material facts.

.....  
Signature