



ගම්පහ විකුමාරවිචි දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලය
ආයුර්වේද ඖෂධවේදය පිළිබඳ ඩිප්ලෝමා පාඨමාලාව 2025/2027
අයදුම් පත්‍රය

01.

1.1 මූලකුරු සමග නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

(සිංහලෙන්) :

.....

1.2 සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

(සිංහලෙන්) :

.....

1.3 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

02.

2.1 රාජකාරි ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

.....

(සිංහලෙන්) :

.....

.....

2.2 ස්ථීර ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

.....

(සිංහලෙන්) :

.....

.....

03. උපන්දිනය :

වර්ෂය

 මාසය

 දිනය

04. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය : (අදාළ කොටුව තුළ 'x' සලකුණු කරන්න)

ස්ත්‍රී

පුරුෂ

05. ජංගම දුරකථන අංකය :

06. විවාහක/අවිවාහක බව : (අදාළ කොටුව තුළ 'x' සලකුණු කරන්න)

විවාහකයි

අවිවාහකයි

07. අයදුම්පත් කැඳවීමේ අවසාන දිනට වයස :

අවුරුදු

 මාස

 දින

08. අධ්‍යාපන සුදුසුකම් (අධ්‍යාපන සහතිකවල සහතික කරන ලද පිටපත් අයදුම් පත්‍රයට අමුණා එවන්න)

අ.පො.ස. (උසස් පෙළ)			
විභාග අංකය :		වර්ෂය :	
සමත් වූ විෂයයන්	ශ්‍රේණිය	සමත් වූ විෂයයන්	ශ්‍රේණිය

අ.පො.ස. (සාමාන්‍ය පෙළ)			
විභාග අංකය :		වර්ෂය :	
සමත් වූ විෂයයන්	ශ්‍රේණිය	සමත් වූ විෂයයන්	ශ්‍රේණිය

09. වෘත්තීය සුදුසුකම් (දිනය, ස්ථානය ආදී තොරතුරු සහිත ව)

(සහතිකවල සහතික කරන ලද පිටපත් අයදුම් පත්‍රයට අමුණා එවන්න)

.....

.....

.....

.....

.....

10.

(අ) වර්තමාන රැකියාව (අදාළ වන්නේ නම් පමණි)

(පත්විම් ලිපියෙහි සහතික කරන ලද පිටපත අයදුම් පත්‍රයට අමුණා එවන්න)

1. තනතුර :
2. පත්විම් දිනය :
3. සේවා ස්ථානය :

(ආ) වර්තමාන තනතුරට පෙර දරන ලද තනතුරු ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර

1. දෙපාර්තමේන්තුව :
2. තනතුර :
3. කාල සීමාව : සිට දක්වා

11. වෙනත් තොරතුරු :

.....

.....

.....

.....

ඉහත සඳහන් කර ඇති විස්තර සත්‍ය වූ ද නිවැරදි වූ ද ඒවා බව මෙයින් සහතික කරමි. මෙම විස්තර අසත්‍ය හෝ සාවද්‍ය බවට මා තෝරාගැනීමට පෙර සොයා ගනු ලැබුවහොත් මාගේ අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වන බව ද, තෝරාගැනීමෙන් පසුව අසත්‍ය හෝ සාවද්‍ය බවට තහවුරු වුවහොත් පාඨමාලා ගාස්තු ආපසු ගෙවීමකින් තොර ව පාඨමාලාවෙන් ඉවත් කළ හැකි බව ද මම දනිමි.

දිනය :

.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

මෙම කොටස මධ්‍යම රජයේ ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුව/පළාත් ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තු/රජයේ වෙනත් ආයුර්වේද ආයතනයකට අයත් ඖෂධ නිෂ්පාදනාගාරයක/ඖෂධ ශාලාවක හෝ ඖෂධ උද්‍යානයක, මධ්‍යම බෙහෙත් ශාලාවක සේවය කරනු ලබන අයදුම්කරුවන් සඳහා පමණි.

ඉදිරිපත් කර ඇති අයදුම්පත්‍රයේ දක්වා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බව සහතික කරමි. අයදුම්පත්‍රය නිර්දේශ කොට ඉදිරිපත් කරමි.

අත්සන :

නම :

තනතුර :

(නිල මුද්‍රාව යොදන්න)

ආයතනය :

දිනය :