



ගම්පහ විකුමාරවිච්චි දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලය
ආයුර්වේද ඖෂධවේදය පිළිබඳ ඩිප්ලෝමා පාඨමාලාව 2024/2026
අයදුම් පත්‍රය

01.

1.1 මූලකරු සහිත නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

(සිංහලෙන්/දෙමළෙන්) :

.....

1.2 සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

1.3 සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්/දෙමළෙන්) :

.....

1.4 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

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

02.

2.1 රාජකාරි ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

.....

2.2 රාජකාරි ලිපිනය (සිංහලෙන්/දෙමළෙන්) :

.....

.....

2.3 ස්ථීර ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

.....

2.4 ස්ථීර ලිපිනය (සිංහලෙන්/දෙමළෙන්) :

.....

.....

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 (සුදුසුකම් ලබාගත් දින ස්ථානය ආදී තොරතුරු සහිතව)
(සුදුසුකම් සහතිකවල සහතික කරන ලද පිටපත් අයදුම් පත්‍රයට අමුණා එවන්න)

.....
.....
.....
.....
.....

10.

(අ) වර්තමාන රැකියාව (අදාළ වන්නේ නම් පමණි)
(පත්වීම් ලිපියෙහි සහතික කරන ලද පිටපත අයදුම් පත්‍රයට අමුණා එවන්න)

- 1. තනතුර :
- 2. පත්වීම් දිනය :
- 3. සේවා ස්ථානය :

(ආ) පෙර දැරූ තනතුරු ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර දින ෫ සහිතව

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

11. වෙනත් තොරතුරු :

.....
.....
.....
.....

මෙම ඉල්ලුම් පත්‍රයෙහි ම විසින් සඳහන් කර ඇති විස්තර සත්‍ය වූ ද නිවැරදි වූ ද ඒවා බව මෙයින් සහතික කරමි. මෙම විස්තර අසත්‍ය හෝ වැරදි බවට මා තෝරා ගැනීමට පෙර සොයා ගනු ලැබුවහොත් මාගේ අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වන බව ද තෝරා ගැනීමෙන් පසුව අසත්‍ය හෝ වැරදි බවට තහවුරු වුවහොත් පාඨමාලා ගාස්තු ආපසු ගෙවීමකින් තොරව 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.

සහකාර ලේඛකාධිකාරී,
දේශීය වෛද්‍ය විද්‍යා පීඨය
ගම්පහ වික්‍රමාරච්චි දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලය,
නුවර පාර,
යක්කල

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

අත්සන :

නම :

තනතුර :

(නිල මුද්‍රාව යොදන්න)

ආයතනය :

දිනය :