



# ශ්‍රී ලංකා ප්‍රජාතාන්ත්‍රික සමාජවාදී ජනරජයේ ගැසට් පත්‍රය

## අති විශේෂ

අංක 1489/18 – 2007 මාර්තු 22 වැනි බ්‍රහස්පතින්දා– 2007.03.22

(ආණ්ඩුවේ බලයපිට ප්‍රසිද්ධ කරන ලදී)

## I වැනි කොටස : (I) වැනි ඡේදය – සාමාන්‍ය

### ආණ්ඩුවේ නිවේදන

එල්.ඩී.බී. 8/2006.

2006 අංක 21 දරන පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන (ලියාපදිංචි කිරීමේ ) පනත

2006 අංක 21 දරන පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන ලියාපදිංචි කිරීමේ පනතේ 3 වන වගන්තිය සමඟ කියවිය යුතු 18 වන වගන්තිය යටතේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යවරයා විසින් සාදන ලද නියෝග.

ගරු නිමල් සිරිපාල ද සිල්වා,  
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍ය.

2007 මාර්තු මස 20 වැනි දින,  
කොළඹ දී ය.

### නියෝග

- මේ නියෝග 2007 අංක 1 දරන පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන (ලියාපදිංචි කිරීමේ ) නියෝග යනුවෙන් හඳුන්වනු ලැබේ.
- මෙහි “අ ” උපලේඛනයේ 1 වන කීර්යේ නිශ්චිතව සඳහන් කර ඇති පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතනයක පනතේ 3 වන වගන්තිය අනුකූලව ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකයක් ලබා ගැනීම සඳහා කරන සෑම ඉල්ලීමක් ම ඒ උපලේඛනයේ II වන කීර්යේ දක්වා ඇති අනුරූපී අමුණුමේ නිශ්චිතව සඳහන් කර ඇති ආකෘතියට සාරානුකූල විය යුතු ය.
- වාර්ෂික ලියාපදිංචි කිරීමේ ගාස්තු මෙහි “ආ ” උපලේඛනයේ නියම කර ඇති පරිදි විය යුතු ය.
- පනතේ 3 වන වගන්තිය යටතේ නිකුත් කරනු ලබන සෑම ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකයක් ම, මෙහි “ඇ ” උපලේඛනයේ නිශ්චිතව සඳහන් කර ඇති ආකෘතිය අනුව විය යුතු අතර සහතිකයේ නිශ්චිතව සඳහන් කරනු ලැබිය හැකි යම් කොන්දේසිවලට ද යටත් විය යුතු ය.
- අයුත් කිරීම සඳහා වූ ඉල්ලීමක්, දැනට වලංගු පවතින ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකයේ කාලය ඉකුත් වන දිනයෙන් මාසයකට පෙරාතුව කරනු ලබන අවස්ථාවක දී ඒ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය වැඩිදුරටත් අයුත් කරන තෙක් ඒ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අඛණ්ඩව බලාත්මක විය යුතු බවට සලකනු ලැබිය යුතු ය.
- ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකයක් හෝ අයුත් කිරීමේ සහතිකයක් සඳහා වූ සෑම ඉල්ලීමක් ම නිසි ආකාරයෙන් සම්පූර්ණ කරනු ලැබිය යුතු අතර දැනට පවතින ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය සහ නියමිත ගාස්තු සමඟ ඉදිරිපත් කරනු ලැබිය යුතු ය.

7. මේ නියෝගවල පද සම්බන්ධයෙන් අන්‍යාර්ථයක් අවශ්‍ය වුවහොත් මිස-

“පනත” යන්නෙන්, 2006 අංක 21 දරන පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන (ලියාපදිංචි කිරීමේ) පනත අදහස් වේ.

“අ” උපලේඛනය

2 වන නියෝගය

I වන නිරය	II වන නිරය
01. පොද්ගලික ආරෝග්‍යශාලා, සාත්තු නිවාස සහ මාතෘ නිවාස	I වන අමුණුම
02. පොද්ගලික වෛද්‍ය රසායනාගාර	II වන අමුණුම
03. පූර්ණ කාලීන වශයෙන් පොද්ගලිකව සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීම/බෙහෙත් ශාලා/වෛද්‍ය සායන	III වන අමුණුම
04. අර්ධ කාලීන වශයෙන් පොද්ගලිකව සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීම/ බෙහෙත් ශාලා/වෛද්‍ය සායන	IV වන අමුණුම
05. පූර්ණකාලීන පොද්ගලික දත්ත ශල්‍ය කටයුතු	V වන අමුණුම
06. අර්ධකාලීන පොද්ගලික දත්ත ශල්‍ය කටයුතු	VI වන අමුණුම
07. පූර්ණකාලීන වෛද්‍ය විශේෂඥ වෘත්තියේ යෙදීම	VII වන අමුණුම
08. අර්ධකාලීන වෛද්‍ය විශේෂඥ වෘත්තිය යෙදීම	VIII වන අමුණුම
09. වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන/රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ මධ්‍යස්ථාන/දිවා සත්කාර වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන/වැනල් සේවා	IX වන අමුණුම
10. වෙනත් පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන	X වන අමුණුම
11. පොද්ගලික ගිලන් රථ සේවා	XI වන අමුණුම

“ආ” උපලේඛනය

3 වන නියෝගය

පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන සඳහා වූ වාර්ෂික ලියාපදිංචි කිරීමේ ගාස්තු

පොද්ගලික රෝහල් සහ සාත්තු නිවාස :

- |                    |                                  |
|--------------------|----------------------------------|
| 1. ඇඳන් 1 සිට 25   | - ශ්‍රී ලං රු. 20,000            |
| 2. ඇඳන් 25 සිට 50  | - ශ්‍රී ලං රු. 30,000            |
| 3. ඇඳන් 50 සිට 100 | - ශ්‍රී ලං රු. 50,000            |
| 4. ඇඳන් 100ට වැඩි  | - එක් ඇඳක් සඳහා රු. 1,000 බැගින් |

වෛද්‍ය රසායනාගාර :

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| කුඩා රසායනාගාර /එකතු කිරීමේ මධ්‍යස්ථාන  | - ශ්‍රී ලං රු. 5,000  |
| මධ්‍යම ප්‍රමාණයේ රසායනාගාර  | - ශ්‍රී ලං රු. 15,000 |
| විශාල රසායනාගාර   | - ශ්‍රී ලං රු. 50,000 |
| වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන/රෝගීන් පරීක්ෂණ කිරීමේ මධ්‍යස්ථාන/දිවා සත්කාර වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන වැනල් සේවා | - ශ්‍රී ලං රු. 15,000 |

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| පූර්ණකාලීන වශයෙන් සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීම/බෙහෙත් ශාලා/වෛද්‍ය සායන/පූර්ණ කාලීන දත්ත ශල්‍ය කටයුතු | - ශ්‍රී ලං රු. 10,000 |
|--|-----------------------|

- |  |                      |
|--|----------------------|
| අර්ධකාලීන වශයෙන් සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීම/බෙහෙත් ශාලා/වෛද්‍ය සායන/අර්ධ කාලීන දත්ත ශල්‍ය කටයුතු | - ශ්‍රී ලං රු. 5,000 |
|--|----------------------|

පුරුණකාලීන වෛද්‍ය විශේෂඥ වෘත්තීය යෙදීම	- ශ්‍රී ලං රු. 15,000
අර්ධ කාලීන වෛද්‍ය විශේෂඥ වෘත්තීය යෙදීම	- ශ්‍රී ලං රු. 10,000
පෞද්ගලික ගිලන්රථ සේවා	- ශ්‍රී ලං රු. 10,000
ගෘහ සත්කාරක හෙද සේවා	- ශ්‍රී ලං රු. 5,000
ලේ බැංකු	- ශ්‍රී ලං රු. 25,000

ලියාපදිංචි කිරීම, ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා වූ සෑම ඉල්ලීමක් ම අදාළ ගාස්තු සමඟ පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතු ය. ගාස්තුවෙන් 50% අදාළ පළාත් සභාව වෙත ප්‍රේෂණය කළ යුතු ය.

“අ” උපලේඛනය

4 වන නියෝගය

ලියාපදිංචි අංකය :-

දිනය :-

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව

ශ්‍රී ලංකා සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ සහ පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තීය /ආයතන ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය

2007 වර්ෂය

2006 අංක 21 දරන පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන ( ලියාපදිංචි කිරීමේ ) පනත යටතේ නිකුත් කරන ලදී.

2007 වර්ෂය සඳහා ..... කාණ්ඩය යටතේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ සේවා කරගෙන යාම පිණිස .....හි ..... බලයදුන් බවට මෙයින් සහතික කරමි.

.....,

සභාපති,

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව.

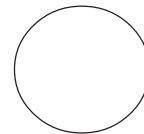
.....,

ලේකම්,

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව.

නිල

ලාභනය



මුද්‍රාව

සහතිකයේ නම් කරන ලද පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතනයක් සහ ආයතනයක් පවත්වාගෙන යාමට ලියාපදිංචි වූ තැනැත්තා විසින් .-

- (අ) විද්‍යාත්මකව සහ වෛද්‍ය විද්‍යානුකූලව ඉතාමත්ම යෝග්‍ය තත්වයෙන් සහ යහපත් ගුණාත්මක තත්වයෙන් යුතු යම් භාණ්ඩ, සේවා සහ පහසුකම් සැපයිය යුතු අතර, පුහුණු වෛද්‍ය සේවක පිරිසකගෙන් යුක්ත කාර්ය මණ්ඩලයක් පවත්වාගෙන යා යුතු අතර කල් ඉකුත් නොවූ ඖෂධ ලබාදීම මගින් යහපත් තත්වයෙන් පවත්වාගෙන යා යුතු ය ;
- (ආ) සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් (සෞ.වෙ. නි) නම් කරන ලද අත්‍යාවශ්‍ය ඖෂධ රඳවා තබා ගත යුතු ය ;
- (ඇ) විකීරණ සහ හානිකර රසායනික ද්‍රව්‍යයන්ට නිරාවරණය වීම වැළැක්වීම හෝ අඩු කිරීම කළ යුතු ය ;
- (ඈ) වෘත්තීමය හදිසි අනතුරු සහ රෝගවලින් වැළැක්වීමට පියවර ගත යුතු ය ;

- (ඉ) එයට මාතෘ වාට්ටු තිබේ නම් පවුල් සැලසුම් සහ පුර්ව සහ පශ්චාත් ප්‍රසූති සත්කාර සඳහා ප්‍රවේශය ලබාදීම ඇතුළුව ප්‍රජනන සෞඛ්‍ය සේවා වැඩි දියුණු කිරීමට පියවර ගත යුතු අතර හදිසි ප්‍රසව සේවා සඳහා පහසුකම් සැලසිය යුතු ය ;
- (ඊ) හදිසි ආපදා සම්බන්ධ කාරණාවක දී, මානව සුභසාධන සහන සැලසීම මගින් රෝගීන්ට සහාය විය යුතු අතර හදිසි අවස්ථාවලදී යෝග්‍ය මානසික සෞඛ්‍ය ප්‍රතිකාර සහ සත්කාර ආදිය ද ලබාදීම මගින් හදිසි අවස්ථා සහාය ලබා දිය යුතු ය. ;
- (උ) එකී සහතිකයේ සඳහන් කර ඇති කාර්යයන් සඳහා හැර වෙනත් යම් කාර්යයන් කරගෙන යාම සඳහා ඒ පරිශ්‍රයන් භාවිත නොකළ යුතුය;
- (ඌ) පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව විසින් කලින් කලට නියම කරනු ලබන ප්‍රමිතීන්ට අනුකූලව කටයුතු කළ යුතු ය ;
- (එ) පෞද්ගලික වෛද්‍ය සේවා නියාමන සභාවේ අවසරය නොමැතිව ව්‍යුහයේ භෞතික වෙනස්කම් කිසිවක් සිදු නොකළ යුතු ය ;
- (ඒ) 2006 අංක 21 දරන පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන (ලියාපදිංචි කිරීමේ) පනතේ 14 වන වගන්තියේ නිශ්චිතව සඳහන් කර ඇති පරිදි පුර්ව දැනුම් දීමකින් තොරව පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතනයකට හෝ එයට අදාළ යම් පරිශ්‍රයන් කිසිවකට හෝ ඇතුළු වී පරීක්ෂා කිරීමට බලයලත් නිලධාරියාට අවසර දිය යුතු ය ;
- (ඔ) සියලුම වාර්තා අවම වශයෙන් වසර පහක්වත් තබාගත යුතු ය ;
- (ඔ) පෞද්ගලික වෛද්‍ය සේවා නියාමන සභාවේ සියලුම නියෝග, රීති, විධානවලට සහ 2006 අංක 21 දරන පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන (ලියාපදිංචි කිරීමේ ) පනතේ විධිවිධානවලට අනුකූලව ක්‍රියා කළ යුතුය.

1 වන අමුණුම

## සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පෞද්ගලික ආරෝග්‍යශාලා, සාත්තු නිවාස සහ මාතෘ නිවාස  
ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණි

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ආයතනයේ නම :

2. ලිපිනය :

3. සන්නිවේදනය :

පොදු දුරකථන අංකය :	
ෆැක්ස් අංකය :	
ඊ මේල් :	
වෙබ් අඩවිය (තිබේ නම්) :	

4. රෝහලේ පිහිටීම (රෝහලේ ඡායාරූපයක් තිබේ නම් අමුණන්න)  
ඉදිරිපස පෙත්‍රම)

පළාත	
දිස්ත්‍රික්කය	

5. ආයතනයේ වර්ගය, ( අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න)

- i. පෞද්ගලික රෝහල  
ii. සාත්තු නිවාස  
iii.. මාතෘ නිවාස  
iv. අනෙකුත්


6. අයිතියේ ස්වභාවය ( අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න)

i. පොදු සමාගමක්	
ii. පෞද්ගලික සමාගමක්	
iii. නිමිකාරත්ව පෞද්ගලික රෝහලක්	
iv. සමුපකාර රෝහලක්	
v. චක්‍ර අයිතිකාර රෝහලක්	
vi. වෙනත්	

7. ස්ථාපිත දිනය :

8. සමාගම / ව්‍යාපාර ලියාපදිංචි අංකය :

9. ආයෝජන මණ්ඩල ලියාපදිංචි අංකය :

10. මානව සම්පත් :

10.අ. පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය :

තනතුර	නම	ජංගම/සම්බන්ධ කළ හැකි දුරකථන අංකය
නිමිකරු / සභාපති		
කළමනාකරණ අධ්‍යක්ෂ / ප්‍ර.වි.නි.		
වෛද්‍ය අධ්‍යක්ෂ/ කාර්යභාර වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		
පරිපාලන නිලධාරී		
හෙද අධ්‍යක්ෂ / හෙද පාලිකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		
ගණකාධිකාරී/ මුදල් අධ්‍යක්ෂ		
මානව සම්පත් කළමනාකරු		
අනෙකුත්		

11. ඒකක සහ පහසුකම් :

මුළු අභ්‍යන්තර රෝගී ඇදුන් සංඛ්‍යාව :

මුළු කාමර/වාට්ටු සංඛ්‍යාව :

කාමර	<input type="text"/>
වාට්ටු	<input type="text"/>

පහසුකම්	ඇත/නැත	පහසුකම්	ඇත/නැත
බාහිර රෝගී අංශය රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ කාමර හදිසි ප්‍රතිකාර ඒකකය දැඩි සත්කාර ඒකකය ශල්‍ය දැඩි සත්කාර ඒකකය වෛද්‍ය දැඩි සත්කාර ඒකකය ස්නායු පරායත්ත ඒකකය අධි පරායත්ත ඒකකය (High Dependency Unit) කිරීටක සත්කාර ඒකකය (Coronary Care Unit) ශල්‍යාගාරය ලේ බැංකුව සූතිකාගාරය පූර්ණ/අර්ධ රසායනාගාරය දන්ත ශල්‍ය ඒකකය හෘද වෛද්‍ය කාන්දු පෙරීමේ ඒකකය		ප්‍රතිශක්තිකරණ මධ්‍යස්ථානය චිකිත්සා වේදය M. R. I ස්කෑනර් C. T. ස්කෑනර් අති ධ්වනි ස්කෑනර් (Ultra Sound Scanner ) භෞත චිකිත්සාව C. S.S.D ඖෂධාගාරය අප ද්‍රව්‍ය අපහරණ පද්ධතිය රෝගී වාර්තා පද්ධතිය ගිලන් රථය රථගාල මෘතශරීරාගාරය පුහුණු කිරීමේ පහසුකම් (කරුණාකර නියම අනිකුත් වශයෙන් සඳහන් කරන්න.)	

(ඒකක එකකට වඩා ඇත්නම් සංඛ්‍යාව සඳහන් කරන්න.)

බලයලත් නිලධාරී,

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සඳහන් කරමි.

අත්සන :.....

නම :.....

තනතුර:.....

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම් පොද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

සුවසිරිපාය,

අංක 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10.

දුරකථන අංක : 011 - 2674680.

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පෞද්ගලික වෛද්‍ය රසායනාගාර  
ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණයි.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. වෛද්‍ය රසායනාගාරයේ නම :
2. ලිපිනය :
3. පෞද්ගලික දුරකථන අංකය :  
ෆැක්ස් අංකය :  
විද්‍යුත් තැපෑල ලිපිනය :  
වෙබ් අඩවි ලිපිනය ( තිබේනම් ) :

4. රසායනාගාරයේ වර්ගය

(අ) ස්වයංක්‍රීය :

☐

(ආ) අර්ධ ස්වයංක්‍රීය :

☐

(ඇ) ජංගම :

☐

(ඈ) රැස්කිරීමේ මධ්‍යස්ථාන :

☐

5. හිමිකාරත්වය (අදාළ කොටුව ( ✓ ) වශයෙන් සඳහන් කරන්න)

- i. පොදු සමාගම්
- ii. පෞද්ගලික සමාගම්
- iii. හිමිකාරත්ව පෞද්ගලික රෝහල
- iv. සමුපකාර රෝහල
- v. වතු අයිතිකාර රෝහල්
- vi. වෙනත්


6. (i) පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය :

නම	නම	සම්බන්ධීකරණය කළ හැකි දුරකථන අංකය
----	----	----------------------------------

සහතිකය:.....

ප්‍රවේශි/කළමනාකාර අධ්‍යක්ෂ:.....

පරිපාලන නිලධාරී:.....

ගණකාධිකාරී:.....

වෙනත් ප්‍රධාන නිලධාරියකු :.....

(ii) රසායනාගාර කාර්ය මණ්ඩලය :

0 ව්‍යාධි වේදඥ :

0 වෛද්‍ය රසායනාගාර කාර්මික ශිල්පීන් :

( ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය ස. ලියාපදිංචි අංකය ) :

7. පවත්නා පහසුකම් :

8. පවත්නා යන්ත්‍ර/ උපකරණ :

(අ) වෛද්‍ය යන්ත්‍රෝපකරණ :

බලයලත් නිලධාරී :

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

අත්සන :

නම :

තනතුර :

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න :

ලේකම්,

ලේකම් පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

“සුවසිරිපාය,”

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10.

ශ්‍රී ලංකාව.



සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පුරුණකාලීන වශයෙන් පෞද්ගලිකව සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීම/බෙහෙත් ශාලා/වෛද්‍යසායන සඳහා  
ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණයි

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. සම්පූර්ණ නම :

2. ලිපිනය (රාජකාරී) :  
(පෞද්ගලික)

3. දුරකථන අංකය (රාජකාරී) :  
(පෞද්ගලික) :

විද්‍යුත් තැපෑල :

ජංගම :

4. වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය :

(අ) වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ නම :

(ආ) රට :

(ඇ) මූලික උපාධිය :

(ඈ) පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් සහ දිනයන් :

5. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය :

දිනය :

6. ස්ථිර සේවා නියුක්තිය ලද ස්ථානය :

(අ) රජයේ :

(ආ) වෙනත් :

7. වෘත්තියේ ස්වභාවය :

සමූහ	
තනි පුද්ගලයකු වශයෙන්	
වෙනත්	

8. වෘත්තියේ යෙදෙන පැය ගණන :

9. වාර්තා තබාගන්නා ආකාරය :

පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති

අතින් වාර්තා තැබීම

වෙනත්

10. විශේෂඥ වෛද්‍ය උපදෙස් ලබාගැනීමේ පහසුකම් :

11. වෛද්‍ය රසායනාගාර තිබේ ද යන බව :

12. බෙහෙත් ශාලාව :

13. විකිරණ සේවා :

14. වෙනත් පහසුකම් (සඳහන් කරන්න.) :

15. පරිශ්‍රයේ හිමිකාරත්වය :

16. වෘත්තීය යෙදෙනුයේ :

සාමාන්‍ය වෛද්‍ය  
වෘත්තික

විශේෂඥ වෛද්‍ය

වශයෙනි.

එසේ නම් ඔබගේ විශේෂඥතාවය කුමක් ද ?

17. සායනික අපද්‍රව්‍ය අපහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

18. උපකරණ සහ සැරහුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

19. කලින් වේලාව වෙන් කර ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේද ? ඔව්

නැත

බලයලත් නිලධාරී

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

අත්සන :

නම :

තනතුර :

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම්,

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,  
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,  
“සුවසිරිපාය”,

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,  
කොළඹ 10,  
ශ්‍රී ලංකාව.

0112674680

1V වන අංශය

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

අර්ධකාලීන වශයෙන් පෞද්ගලිකව සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීම/බෙහෙත් ශාලා/වෛද්‍යසායන සඳහා ලියාපදිංචිවීමේ ආකෘතිපත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණි

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. සම්පූර්ණ නම :

2. ලිපිනය (රාජකාරි) :

(පෞද්ගලික) :

3. දුරකථන අංකය (රාජකාරි) :

(පෞද්ගලික) :

විද්‍යුත් තැපෑල :

ජංගම :

4. වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය :

(අ) වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ නම :

(ආ) රට :

(ඇ) මූලික උපාධිය :

(ඈ) පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් සහ දිනයන් :

5. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය :

දිනය :

6. ස්ථිර සේවා නියුක්තිය ලද ස්ථානය :

(අ) රජයේ :

(ආ) වෙනත් :

7. වෘත්තියේ ස්වභාවය :

සමූහ	
තනි පුද්ගලයකු වශයෙන්	
වෙනත්	

8. වෘත්තියේ යෙදෙන පැය ගණන :

9. වාර්තා තබාගන්නා ආකාරය :

පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති

අතින් වාර්තා තැබීම

වෙනත්

10. විශේෂඥ වෛද්‍ය උපදෙස් ලබාගැනීමේ පහසුකම් :

11. වෛද්‍ය රසායනාගාර තිබේද යන බව :

12. බෙහෙත් ශාලාව :

13. විකිරණ සේවා :

14. වෙනත් පහසුකම් (සඳහන් කරන්න.) :

15. පරිශ්‍රයේ නිමිකාරත්වය :

16. වෘත්තීය යෙදෙන්නේ

සාමාන්‍ය වෛද්‍ය  
වෘත්තික

විශේෂඥ වෛද්‍ය

වශයෙනි.

එසේ නම් ඔබගේ විශේෂඥතාවය කුමක් ද ?

17. සායනික අපද්‍රව්‍ය අපහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

18. උපකරණ සහ සැරහුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

19. කලින් වේලාව වෙන් කර ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේද ?

ඔව්

නැත.

බලයලත් නිලධාරී

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

අත්සන :

නම :

තනතුර :

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න :

ලේකම්,  
පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,  
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,  
“සුවසිරිපාය”,  
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,  
කොළඹ 10,  
ශ්‍රී ලංකාව.  
0112674680

**V අමුණුම**

**සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය**

පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය  
පූර්ණකාලීන පෞද්ගලික දත්ත ශල්‍ය කටයුතු සඳහා ලියාපදිංචිවීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය:   
අමාත්‍යාංශය විසින් සඳහන් කළයුතුය.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. නම:
2. ලිපිනය:

පෞද්ගලික	
සේවා ස්ථානය	
පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තීය යෙදීම ( 1 )	
පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තීය යෙදීම ( 1 1 )	

3. සන්නිවේදනය:

පොදු දුරකථන අංකය	
ෆැක්ස් අංකය	
ජංගම දුරකථන අංකය	
විද්‍යුත් තැපෑල	

4. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය:

5.
 

සුදුසුකම්	වර්ෂය	විශ්ව විද්‍යාලය	රට

6. රජයේ නිලධාරියෙක් ද නැද්ද යන වග ? :

(පිළිතුරු “ඔව්” නම් ආයතනයේ නම සඳහන් කරන්න)

7. වෘත්තියේ ස්වභාවය :

පූර්ණකාලීන	
අර්ධකාලීන	
සමූහ	
තනි පුද්ගලයකු වශයෙන්	
පෞද්ගලික රෝහල/ සාත්තු නිවාසය	
රජයේ පත්වීමක් අපේක්ෂාවෙන්	
පෞද්ගලික දන්ත වෘත්තික	

8. වෘත්තියෙහි යෙදෙන පැය ගණන :

9. වාර්තා තබා ගැනීමේ ක්‍රමය: පරිගනක මූල වාර්තා පද්ධති/අතින් ලියනු ලබන වාර්තා


10. විශේෂඥවරුන්ගේ සේවය පවතී ද යන්න ? :

11. දන්ත රසායනාගාර පහසුකම්:

12. එක්ස් කිරණ පහසුකම්:

13. හදිසි ප්‍රතිකාර කට්ටල :

14. වෙනත් පහසුකම්: (විශේෂයෙන් සඳහන් කරන්න.)

15. නිමිකාරත්වය :

තමන්ගේම :

--

ආදේශක :

--

16. වෘත්තියේ යෙදෙනුයේ :

සාමාන්‍ය දන්ත

--

හෝ

විශේෂඥ දන්ත

--

වෛද්‍යවරයකු

වෛද්‍යවරයකු

වශයෙන්

එසේ නම් විශේෂඥතාව සඳහන් කරන්න.

17. සායනික අපද්‍රව්‍ය අපහරණ ක්‍රමය:

18. උපකරණ හා සැරසුම් ජීවානුභරණය කරන ක්‍රමය:

19. කල් තබා වේලාවක් වෙන් කර ගත හැකි ද?

ඔව්

--

නැත

--

20. උපකරණ සහ පහසුකම්: (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න).

බලයලත් නිලධාරී,

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හඟා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

අත්සන:

නම:

තනතුර:

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම්,

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

“සුවසිරිපාය” 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10, ශ්‍රී ලංකාව.



**VI අමුණුම**

**සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය**

පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන ලියාපදිංචිකිරීමේ ආකෘති පත්‍රය  
අර්ධකාලීන පෞද්ගලික දත්ත ගලප් කටයුතු සඳහා ලියාපදිංචිකිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය:

අමාත්‍යාංශය විසින් සඳහන් කළ යුතුය.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. නම:
2. ලිපිනය:

පෞද්ගලික	
සේවා ස්ථානය	
පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීම ( 1 )	
පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදීම ( 1 1 )	

3. සන්නිවේදනය:

පොදු දුරකථන අංකය	
ෆැක්ස් අංකය	
ජංගම දුරකථන අංකය	
විද්‍යුත් තැපෑල	

4. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය:

- 5.

සුදුසුකම්	වර්ෂය	විශ්ව විද්‍යාලය	රට

6. රජයේ නිලධාරියෙක් ද නැද්ද යන වග:  
(පිළිතුරු “ඔව්” නම් ආයතනයේ නම සඳහන් කරන්න)

7. වෘත්තියේ යෙදීම වර්ගය :

පූර්ණකාලීන	
අර්ධකාලීන	
සමූහ	
තනි පුද්ගලයකු වශයෙන්	
පෞද්ගලික රෝහල/ සාත්තු නිවාසය	
රජයේ පත්වීමක් අපේක්ෂාවෙන්	
පෞද්ගලික දත්ත වෘත්තික	

8. වෘත්තියෙහි යෙදෙන පැය ගණන :

9. වාර්තා තබාගැනීමේ ක්‍රමය : පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති/අතින් ලියනු ලබන වාර්තා


10. විශේෂඥවරුන්ගේ සේවය පවතී ද යන්න :

11. දත්ත රසායනාගාර පහසුකම් :

12. එක්ස් කිරණ පහසුකම්:

13. හදිසි ප්‍රතිකාර කට්ටල :

14. වෙනත් පහසුකම් : (විශේෂයෙන් සඳහන් කරන්න.)

15. නිමිකාරත්වය:

තමන්ගේම

--

ආදේශක

--

16. වෘත්තියේ යෙදෙනුයේ

සාමාන්‍ය දත්ත  
වෛද්‍යවරයකු

--

හෝ

විශේෂඥ දත්ත  
වෛද්‍යවරයකු

--

වශයෙන්

එසේ නම් විශේෂඥතාව සඳහන් කරන්න.

17. සායනික අපද්‍රව්‍ය අපහරණ ක්‍රමය:

18. උපකරණ හා සැරසුම් ජීවානුහරණය කරන ක්‍රමය:

19. කල් තබා වේලාවක් වෙන් කර ගත හැකි ද?

ඔව්

--

නැත

--

20. උපකරණ සහ පහසුකම්: (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න).

බලයලත් නිලධාරී,

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

අත්සන :

නම :

තනතුර :

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම්,

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

“සුවසිරිපාය” 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10, ශ්‍රී ලංකාව.





VII වන අමුණුම

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන ලියාපදිංචිකිරීමේ ආකෘති පත්‍රය  
පූර්ණකාලීන වෛද්‍ය විශේෂඥ වෘත්තීය යෙදීම සඳහා ලියාපදිංචිකිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය:   
අමාත්‍යාංශය විසින් සඳහන් කළ යුතුය.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. නම:
2. ලිපිනය:

	ලිපිනය
කාර්යාලීය	
නිවාස	
පෞද්ගලික වෘත්තීය	

3. සන්නිවේදනය:

දුරකථන	කාර්යාලීය	නිවාස
ගැකියි		
ජංගම		
රිමෝල්		

4. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය:

5.
 

සුදුසුකම්	වර්ෂය	විශ්ව විද්‍යාලය	රට

6. වෘත්තියේ ස්වභාවය:

පූර්ණකාලීන	
සමූහ	
තනි පුද්ගලයකු වශයෙන්	
පෞද්ගලික රෝහල/ සාත්තු නිවාසය	
අනෙකුත්	

7. වෘත්තියෙහි යෙදෙන පැය ගණන:

8. වෘත්තියේ විශේෂඥතාවය:

9. වාර්තා තබාගන්නා ක්‍රමය:

පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති/  
අතින් ලියනු ලබන වාර්තා


10. හදිසි ප්‍රතිකාර කට්ටලය:

11. වෙනත් පහසුකම් (විශේෂයෙන් සඳහන් කරන්න):

12. හිමිකාරත්වය:

තමන්ගේම

ආදේශක

13. සායනික අපද්‍රව්‍ය අපහරණ ක්‍රමය:

14. උපකරණ සහ සැරඟුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය:

15. කලින් වේලා වෙන්කර ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේ ද?

ඔව්

නැත

16. උපකරණ සහ පහසුකම්: (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න).

බලයලත් නිලධාරී,

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

අත්සන:

නම:

තනතුර:

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම්,  
පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,  
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,  
සුවසිරිපාය,  
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,  
කොළඹ 10,  
ශ්‍රී ලංකාව.



VIII වන අමුණුම

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන ලියාපදිංචිකිරීමේ ආකෘති පත්‍රය  
අර්ධකාලීන වෛද්‍ය විශේෂඥ වෘත්තීය යෙදීම සඳහා ලියාපදිංචිකිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය:   
අමාත්‍යාංශය විසින් සඳහන් කළ යුතුය.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

- නම:
- ලිපිනය:

	ලිපිනය
කාර්යාලීය	
නිවාස	
පෞද්ගලික වෘත්තීය	

- සන්නිවේදනය:

දුරකථන	කාර්යාලීය	නිවාස
ගැකියි		
ජංගම		
රිමෝල්		

- ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය:

- | සුදුසුකම් | වර්ෂය | විශ්ව විද්‍යාලය | රට |
|-----------|-------|-----------------|----|
|           |       |                 |    |
|           |       |                 |    |
|           |       |                 |    |
|           |       |                 |    |

6. වෘත්තියේ ස්වභාවය:

අර්ධ කාලීන	
සමූහ	
තනි පුද්ගලයකු වශයෙන්	
පෞද්ගලික රෝහල/ සාත්තු නිවාසය	
වෙනත්	

7. රජයේ නිලධාරියෙක් ද නැද්ද යන වග: (පිළිතුරු ඔව් නම් ආයතනයේ නම)

8. වෘත්තියෙහි යෙදෙන පැය ගණන:

9. වෘත්තියේ විශේෂඥතාවය:

10. වාර්තා තබා ගන්නා ක්‍රමය:

පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති/  
අතින් ලියනු ලබන වාර්තා


11. හදිසි ප්‍රතිකාර කට්ටලය:

12. අනිකුත් පහසුකම් (විස්තර කරන්න):

13. හිමිකාරත්වය:

තමන්ගේම

ආදේශක

13. සායනික අපද්‍රව්‍ය අපහරණ ක්‍රමය:

14. උපකරණ සහ සැරඟුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය:

15. කලින් වේලා වෙන්කර ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේ ද?

ඔව්

නැත

16. උපකරණ සහ පහසුකම්: (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න).

බලයලත් නිලධාරී,

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

අත්සන:

නම:

තනතුර:

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම්,

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

සුවසිරිපාය,

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10,

ශ්‍රී ලංකාව.



IX වන අමුණුම

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන/රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ මධ්‍යස්ථාන/දිවා  
සත්කාර වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන/වැනල් සේවා සඳහා ලියාපදිංචිකිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණයි

සාමාන්‍ය තොරතුරු :

1. ආයතනයේ නම :

2. ලිපිනය:

3. සංචිතවේදනය:

පොදු දුරකථන අංකය:	
ෆැක්ස්	
ඊමේල්	
වෙබ් අඩවිය (නිබේ නම්)	

4. ආයතනයේ පිහිටීම:

පළාත	
දිස්ත්‍රික්කය	

5. ආයතනයේ වර්ගය (අදාළ කොටුවේ / ලකුණ යොදන්න):

1. වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථානය
2. රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ මධ්‍යස්ථානය
3. දිවා සත්කාර වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථානය
4. වැනල් සේවා
5. වෙනත්


6. අයිතිය - (අදාළ කොටුවේ / ලකුණ යොදන්න)

1. පොදු සමාගම
2. පුද්ගලික සමාගම්
3. වෙනත්

7. ආයතනය පිහිට වූ දිනය:
8. සමාගම/ව්‍යාපාර ලියාපදිංචි අංකය:
9. ආයෝජන මණ්ඩල ලියාපදිංචිය ඇතොත්:
10. මානව සම්පත්:
10. (අ) පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය


නනතුර	නම	ජංගම/සම්බන්ධ කළ හැකි දුරකථන අංකය
හිමිකරු/සහායක		
වෛද්‍ය අධ්‍යක්ෂ/කාර්යභාර වෛද්‍ය නිලධාරී වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		
කාර්යභාර හෙදිය වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		

11. ඒකක සහ පහසුකම්

පහසුකම්	මිටි/තැන	පහසුකම්	මිටි/තැන
බාහිර රෝගී අංශය රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ කාමර (Consultation Rooms) හදිසි ප්‍රතිකාර ඒකකය ලේ බැංකුව පූර්ණ/අර්ධ/ස්වයංක්‍රීය රසායනාගාරය දත්ත ශල්‍යාගාරය හෘද රෝග අංශය කාන්දු පෙරීමේ අංශය ප්‍රතිශක්තිකරණ මධ්‍යස්ථානය විකිරණ වෛද්‍ය එම්. ආර්. අයි. ස්කෑන් සී. ටී. ස්කෑන්		අල්ට්‍රාසවුන්ඩ් ස්කෑන් හෞත විකිත්සාව සී.එස්.එස්.ඩී. මෘෂ්‍යාගාරය අපද්‍රව්‍ය අපහරණ පද්ධතිය රෝගී වාර්තා පද්ධතිය ගිලන් රථ වාහන නතර කිරීමේ ස්ථානය පුහුණු පහසුකම් අනිකුත් (විස්තර කරන්න)	

ඒකක එකකට වැඩි නම් කරුණාකර සංඛ්‍යාව සඳහන් කරන්න.

බලයලත් නිලධාරී,  
ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදිව ප්‍රකාශ කරමි.

අත්සන:

නම:

තනතුර:

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම්,

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

සුවසිරිපාය, 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10,

දුරකථන : 011-2674680



**X වන අමුණුම**

**සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය**

වෙනත් පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන ලියාපදිංචි කිරීම සඳහා  
ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය   
කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ආයතනයේ නම:

2. ලිපිනය:

3. සංකීර්ණය:

පොදු දුරකථන අංකය:	<input type="text"/>
ෆැක්ස් අංකය	<input type="text"/>
විද්‍යුත් තැපෑල	<input type="text"/>
වෙබ් අඩවිය (නිබේ නම්)	<input type="text"/>

4. ආයතනයේ පිහිටීම:

පළාත	<input type="text"/>
දිස්ත්‍රික්කය	<input type="text"/>

5. ආයතනයේ වර්ගය (අදාළ කොටුව තුළ ✓ ලකුණු යොදන්න):

1. ගෘහස්ත හෙද සත්කාර සේවා	<input type="text"/>
2. ලේ බැංකුව	<input type="text"/>
3. විද්‍යුත් වෛද්‍ය පද්ධති	<input type="text"/>
4. වෙනත්	<input type="text"/>

6. නිමිකාරත්වය - (අදාළ කොටුව තුළ ✓ ලකුණු යොදන්න)

1. පොදු සමාගම	<input type="text"/>
2. පෞද්ගලික සමාගම	<input type="text"/>
3. වෙනත්	<input type="text"/>

7. පිහිට වූ දිනය:

8. සමාගම/ව්‍යාපාර ලියාපදිංචි අංකය:

9. ආයෝජන මණ්ඩල ලියාපදිංචිය (තිබේනම්):

10. මානව සම්පත්:

(අ). පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය

තනතුර	නම	ජංගම/සම්බන්ධ කළ හැකි දුරකථන අංකය
නිමිකරු/සහායක		
වෛද්‍ය අධ්‍යක්ෂ/ප්‍රධාන වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		
ප්‍රධාන හෙද නිලධාරී වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		

(ආ) වෙනත් තාක්ෂණ කාර්ය මණ්ඩල සහ ඔවුන්ගේ ලියාපදිංචි අංකය:

11. සේවාවන් පිළිබඳ කෙටි විස්තරයක්

12. ඒකක සහ පහසුකම්

බලයලත් නිලධාරී,

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

අත්සන:

නම:

තනතුර:

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම්,

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

සුවසිරිපාය,

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10,

දුරකථන: 01 1-2674680



**XI අමුණුම**

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පෞද්ගලික ගිලන්රථ සේවා ලියාපදිංචි කිරීමේ  
ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණයි

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ගිලන්රථ සේවාවෙහි නම :

2. ලිපිනය :

3. පොදු දුරකථන අංකය :

ෆැක්ස් අංකය :

විද්‍යුත් තැපැල් අංකය :

වෙබ් අඩවිය (නිබේ නම්) :

4. පොදු සමාගමක් ද නැද්ද යන වග:

5. ගිලන් රථවල විස්තර :

1. ගිලන්රථ සංඛ්‍යාව:

2. මාදිලිය:

3. පවතින පහසුකම්:

4. උපකරණ:

5. රෝගීන් ගෙනයාම සඳහා සෞඛ්‍ය කාර්ය මණ්ඩලය:

6. 1. පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය

තනතුර	නම	සම්බන්ධ කළ හැකි දුරකථන අංකය

සභාපති :.....

ප්‍ර.වි.නි./කළමනාකාර අධ්‍යක්ෂ :.....

පරිපාලන නිලධාරී :.....

ගණකාධිකාරී :.....

වෙනත් ප්‍රධාන නිලධාරියකු :.....

(ii) කාර්ය මණ්ඩල සාමාජිකයන්

(i) වෛද්‍යවරුන්

(ii) හෙදියන්

7. පවත්නා යන්ත්‍රෝපකරණ සහ පහසුකම්:

(අමුණුමක් ලෙස යා කරන්න)

8. සමස්ථ ආයෝජනය:

බලයලත් නිලධාරී,

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හඟා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

අත්සන:

නම:

නිලනාමය:

සම්පූර්ණ කර ආපසු එවන්න.

ලේකම්,

පොද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

සුවසිරිපාය,

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10,

ශ්‍රී ලංකාව.

දුරකථන: 01 1-2674680