



ශ්‍රී ලංකා ප්‍රජාතාන්ත්‍රික සමාජවාදී ජනරජයේ ගැසට් පත්‍රය

අති විශේෂ

අංක 2468/23 - 2025 දෙසැම්බර් මස 24 වැනි බදාදා - 2025.12.24

(රජයේ බලයපිට ප්‍රසිද්ධ කරන ලදී)

I වැනි කොටස: (I) වැනි ඡේදය - සාමාන්‍ය

රජයේ නිවේදන

භෝතියෝපති වෛද්‍ය වෘත්තිකයින් ලියාපදිංචි කිරීම

2016 අංක 10 දරන භෝතියෝපති පනතේ 30(1) වගන්තිය ප්‍රකාරව භෝතියෝපති වෘත්තිකයන් ලියාපදිංචිය වෙනුවෙන් පවත්වන තුන්වන විභාගය පැවැත්වීම සඳහා අවසන් වරට අයදුම්පත් කැඳවීමේ දින දීර්ඝ කිරීමට භෝතියෝපති වෛද්‍ය සභාව තීරණය කර ඇත.

මෙය අවසන් අයදුම්පත් කැඳවීම වන අතර වසර 5කට වඩා 2024.07.26 දිනට භෝතියෝපති වෘත්තියේ නියැලී සිටින, මේ වන තෙක් අයදුම්පත් යොමු නොකළ, පහත සුදුසුකම් සම්පූර්ණ කළ ශ්‍රී ලාංකීය පුරවැසියන් හට අයදුම්පත් යොමු කළ හැක. (ආකෘති පත්‍රය අමුණා ඇත.)

මෙම නිවේදනය සමග වන ආකෘතියට අනුව අයදුම්පත ඉංග්‍රීසි භාෂාවෙන් පැහැදිලි කැපිටල් අකුරුවලින් පුරවා පහත දැක්වෙන ලේඛන හා අයදුම්පත් පරීක්ෂා කිරීමේ ගාස්තුව වන රු. 3,000.00ක මුදල ලංකා බැංකුවේ භෝතියෝපති අරමුදලේ 0002026466 යන ගිණුම් අංකයට බැරකර එහි මුල් පිටපතද අමුණා වෛද්‍ය සභාව වෙත යොමු කළ යුතුය.

1. ග්‍රාම නිලධාරී විසින් නිකුත් කරනු ලබන සහතිකයක්;
2. භෝතියෝපති ඖෂධ මිලදී ගැනීමේ බිල්පත් සහ රිසිට්පත්;
3. භෝතියෝපති ලිපිගොනු වාර්තා;
4. අදාළ පළාත් පාලන ආයතනය විසින් නිකුත් කරනු ලබන සහතිකය;
5. ස්වකීය සායන පරිශ්‍ර සඳහා අදාළ පළාත් පාලන ආයතන විසින් නිකුත් කරනු ලබන ගෙවීම් රිසිට්පත්;

අයදුම්පත් භාර ගැනීමේ අවසාන දිනය 2025 දෙසැම්බර් මස 31 දින වන අතර එදින දහවල් 12.00ට පෙර “ලේඛකාධිකාරී, අංක 94, ෂෙල්ටන් ජයසිංහ මාවත, වැලිසර, රාගම” යන ලිපිනයට ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් හෝ පැමිණ භෝ වෛද්‍ය සභාව වෙත අයදුම්පත් ලැබීමට සැලැස්විය යුතුය.

මෙම විභාගය සඳහා විෂයයන් 9ක් පැවැත්වේ. එක් විෂයක් සමත් වීමේ කඩඉම් ලකුණ 35ක් වන අතර, ලකුණු 35ක් හෝ ඊට වඩා ලකුණු ලබා ගන්නා අපේක්ෂකයින් එම විෂය සමත් වූවන් ලෙස සැලකේ.

ලියාපදිංචිය ලබා ගැනීම සඳහා විෂයයන් 9 එකවරක් සමත් වීම අනිවාර්ය වේ. එක් විෂයක් හෝ නියමිත කඩඉම් ලකුණු නොලබා අසමත් වීම, ලියාපදිංචිය ලබා ගැනීමට නුසුදුසුකමක් සේ සැලකේ.

විභාගය පැවැත්වෙන ස්ථානය, දිනය හා වේලාව සුදුසුකම්ලත් අයදුම්කරුවන්ට ඔබේ අයදුම්පතේ සඳහන් ලිපිනයට ඉදිරියේදී ලියාපදිංචි තැපෑල මගින් ලැබෙනු ඇත.

ලේඛකාධිකාරී (වැ.බ.),

අංක. 94,
ෂෙල්ටන් ජයසිංහ මාවත,
වැලිසර,
රාගම.



Format of Application**HOMOEOPATHIC MEDICAL COUNCIL****HOMOEOPATHIC PRACTITIONER'S REGISTRATION EXAMINATION**

Under Section 30(1) of Homoeopathy Act, No. 10 of 2016

Application Form*Official use*

Reference No. :

Date of receipt :

Medium : - Sinhala

Tamil

English

1. Full Name (in BLOCK CAPITAL) :

2. Name with initials :

3. Postal Address (in BLOCK CAPITAL) :

No. :

Street/Village :

City :

Postal Code :

4. Date of Birth : 5. Age : 6. Sex : F/M

7. National ID No. :

8. Telephone Number :

Home : Clinic : Mobile :

9. Permanent/Residential Address :

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

10. Grama Niladhari Division :

11. Divisional Secretary Division :

12. Police Division :

13. Place and Address of Practice :

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

14. Period of practice :

15. Time allocated for Homoeopathic Practice :

16. (i) Are you engaged in any other vocation ? Yes / No

(ii) If yes give details :

17. How do you obtain your Homoeopathic Medicines and Utilities ?

18. Educational Qualifications :

G. C. E. (O/L) Year :

Subjects	Grade
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

G.C.E. (A/L) Year:

Subjects	Grade
1	
2	
3	
4	

19. Medical or other Professional Qualifications (if any) :

20. Proficiency in English :

(i) Written :

(ii) Communication :

21. (i) Have you ever applied for Homoeopathic registration under Section 27 of Homoeopathy Act, No. 7 of 1970 ?
Yes / No

(ii) if yes, give details :

22. Declaration :

I the under signed of do hereby declare that all the information given by me in this application are true to the best of my knowledge. I accept that any of the information given by me in this application is in any way false or incorrect, my application may be rejected. I am also aware that it is a violation of the Homoeopathy Act to provide false information. Having known them I do affix my signature at on the day of 20

Date :

Signature :

23. Certification :

I, the Grama Niladhari of GS Division do hereby certify that the applicant is a resident of the above division and he/she is in homoeopathic practice since

Name :

GS Division :

Date :

Signature :

24. Certificate of Divisional Secretary :

I certify that the above statement is true and correct.

Date :

Signature :

Official Use

Date of Receipt		Interview held on	
-----------------	--	-------------------	--

(a) Name of the Candidate :

(b) NIC No. :

(c) Reference No. :

(d) Result : Selected ☐ Rejected ☐

(e) Signature of Members of interview board.

Name	Signature
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

(f) Comments if any :

(g) Confirmed by the Registrar : Yes / No

(h) Signature of the Registrar :

EOG 12 - 0227