



සෞභාග්‍යා ශිෂ්‍යත්වය

වෛද්‍ය හා සමාන්තර විද්‍යා පීඨය - ශ්‍රී ලංකා රජරට විශ්ව විද්‍යාලය

ඉල්ලුම් පත්‍රය

A. පුද්ගලික තොරතුරු

1. සම්පූර්ණ නම:
2. අධ්‍යයන වර්ෂය/කණ්ඩායම:
3. ලියාපදිංචි අංකය:
4. ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය: ස්ත්‍රී පුරුෂ
5. උපන් දිනය:
6. දැනට වයස: අවුරුදු
7. ආගම:
8. භාෂාව:
9. භාෂික හැඳුනුම්පත් අංකය:
10. ස්ථිර ලිපිනය:
11. ස්ථිර පදිංචිය සහිත දිස්ත්‍රික්කය:
12. දැනට නවාතැන් ගෙන සිටින ස්ථානය :

<p>කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණයි</p> <p>Date received:</p> <p>Eligibility:</p> <p>Starting date of schol:</p> <p>Donor:</p> <p>Amount per month: Rs</p>

- තම නිවසේ නැදෑ ගෙදරක ශිෂ්‍ය නිවාස වල බෝඩිමක
- වෙනත් (විස්තර සඳහන් කරන්න:)

13. ඔබට මෙම ශිෂ්‍යත්වය ප්‍රදානය කිරීමට අනුග්‍රහය දක්වන තැනැත්තා/තැනැත්තිය සමග සෘජු සන්නිවේදන සම්බන්ධතාවයක් පවත්වා ගැනීමට ඔබ කැමැත්තෙහි දීද?*

ඔව් නැත

පිළිතුර ඔව් නම් සන්නිවේදන මාධ්‍යය:

- දුරකථනය. දුරකථන අංකය:
- ඊ-මේල්. ඊ-මේල් ලිපිනය:
- ලියුම්. හැපැල් ලිපිනය:
- වෙනත්.

* අදාළ කොටුවෙහි හි ✓ ලෙස ලකුණු කරන්න.

1. කරුණාකර දැනට ඔබගේ පුද්ගලික මාසික වියදම පිළිබඳ විස්තරයක් දෙන්න. (උදා: බෝඩිං ගාස්තු, ආහාර පාන, පොත්පත්, ගමනාගමනය ආදිය සඳහා)

2. ඔබ දැනට යම් කිසි ශිෂ්‍යාධාර ක්‍රමයක් යටතේ ආධාර ලබන්නෙක් ද? ඔව් නැත

ඔබ ශිෂ්‍යාධාර ලබන්නකු නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර සඳහන් කරන්න.

3. මෙම ශිෂ්‍යත්ව ක්‍රමය යටතේ ආධාර ලැබීමට ඔබ සුදුස්සකු වන්නේ මන්දැයි, හේතු දක්වමින්, හැකි තාක් හොඳින් පැහැදිලි කරන්න.

කරුණාකර සත්‍ය සහ නිවැරදි තොරතුරු ප්‍රකාශ කරන්න. ඔබ සඳහන් කරනා තොරතුරු වල රහස්‍යභාවය අප විසින් උපරිම ව රකිනු ලැබේ.

(ඔබ සඳහන් කරන විස්තර තහවුරු කිරීම සඳහා වලංගු ලිපි ලේඛණ හැකි සෑම අවස්ථාවක දී ම අමුණන්න)

ඉහත සඳහන් කර ඇති සියලු තොරතුරු සහ මේ සමග අමුණා ඇති ලිපි ලේඛණ සියල්ල සත්‍ය සහ නිවැරදි බව දිවුරා ප්‍රකාශ කරමි.

එම ලිපි ලේඛණ සහ තොරතුරු වලින් කිසිවක් හෝ අසත්‍ය බව තහවුරු වුවහොත්, එකෙණෙහි ම මාගේ ශිෂ්‍යත්වය අහෝසි වන බවත්, මා විසින් එතෙක් ලබා ගන්නා ලද සියලු ම මුදල් නැවත ගෙවීමට සිදුවන බවත් හොඳාකාර ව දැනිමි.

අත්සන

දිනය