

දේශීය වෛද්‍ය විද්‍යා ආයතනය - කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය රාජගිරිය

..... වසර වාර්ෂික / අතිරේක පරීක්ෂණය
.....මාසය

ආයුර්වේද අංශය

ඉල්ලුම් පත්‍රය

(ඩී.ඒ.එම්.එස් / ඩී.යූ.එම්.එස් පරීක්ෂණය සඳහා)

01. සම්පූර්ණ නම :-
..... මයා / මිය / මෙනවිය
(1 වසරේදී නම ලියාපදිංචි කර ඇති අයුරින්ම ලිවිය යුතුය)
02. මුලකුරු සමග නම :-
03. ශිෂ්‍ය ලියාපදිංචි අංකය :-
04. ඉල්ලුම් කරනු ලබන විභාගය :-
05. ඉල්ලුම් කරනු ලබන විෂයයෙහි නම (අදාළ විෂයයන්ට \sqrt ලකුණ යොදන්න)

4 වසර	5 වසර
1. නිදාන විකිත්සා 1, 2	1. නිදාන විකිත්සා 1, 2
2. ශාලක්‍ය	2. ශල්‍ය
3. ඛාලරෝග	3. ප්‍රසූති
4. වෝහාරික වෛද්‍ය	4. ස්ත්‍රීරෝග
5. දේශීය චිකිත්සා	5. දේශීය චිකිත්සා
06. එසේ ඉල්ලුම් කරන්නේ කී වෙනි වතාවටද?
07. මීට පෙර තමාට මෙම විභාගයට ඉල්ලුම් කිරීමට අවස්ථාවක් තිබියදීත් ඉල්ලුම් නොකර තිබේද?
08. එසේ නැතිනම් අවලංගු කර හෝ වෙනත් ආකාරයකින් මගහැර තිබේද?
09. මෙම විභාගයට පෙර වසරේ භාගය සම්පූර්ණයෙන් සමත් වී තිබේද?
නො එසේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර
10. ඉල්ලුම් කරනු ලබන විභාගය සඳහා ගෙවිය යුතු ගාස්තු
- (1 හා 2 වතාවට ගාස්තු අය නොකෙරේ)
11. මෙම වසර සඳහා ශිෂ්‍ය ලියාපදිංචිය අලුත් කර තිබේද?

12. නේවාසිකාගාරයට / පුස්තකාලයට හෝ කිසියම් ආකාර ගෙවීමක් සම්පූර්ණ නොකොට තමන් හිඳහස් හොච් බැඳී පවතීද?
13. තමන්ට නියම කරනු ලැබූ විභාග හෝ වෙනත් ආකාර දැඩුවමක් පිළිබඳ ලිපිගොනු අංකය හෝ ඒ පිළිබඳ විස්තර කෙටියෙන් හෝ සඳහන් කරන්න.
14. පරීක්ෂණයට පෙනී සිටිය යුතු සියලුම විෂයයන් ඉල්ලුම් කර තිබේද?
15. පෞද්ගලික ලිපිනය සහ ජංගම දුරකතන අංකය
16. ඉහත සඳහන් කරුණු නිවැරදි බව සහතික කරමි. වැරදි අසත්‍ය කරුණු නිසා පෙනී සිටින හෝ පෙනී සිටි විභාගයට අදාළ යම් විනයානුකූල දැඩුවමකට මා යටත් වන බව හෝ එම විභාගය අවලංගු වන බව හෝ ඒ දෙකටම යටත් වන බව හෝ මම දනිමි.

දිනය

.....
 ශිෂ්‍යයා / ශිෂ්‍යාව අත්සන

(කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා)

ගාස්තු ගෙවා ඇත / නැත

කී වන වරටද ?

පරීක්ෂා කොට නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

.....
 විෂයභාර ලිපිකරු

.....
 දිනය

පැමිණීම :

ඉල්ලුම් කරන විභාගයට පෙනී සිටීමට නිර්දේශ කරමි / නොකරමි

.....
 අංශ ප්‍රධාන ආයු / යුනානි

.....
 දිනය

විභාගයට අවසර දෙමි / නොදෙමි

විභාග අංකය ·

.....
 නියෝජ්‍ය / ප්‍රේමී සහකාර/ සහකාර ලේඛකාධිකාරී

.....
 දිනය