

Office use only

FACULTY OF INDIGENOUS MEDICINE
UNIVERSITY OF COLOMBO

Passport Size
Photograph

දේශීය වෛද්‍ය පීඨය
කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය-ශ්‍රී ලංකාව

Application Form
අයදුම් පත්‍රය

Name of the course :
පාඨමාලාවේ නම

1. Name in Full :
සම්පූර්ණ නම

2. Name With Initials :
මූලකරු සමග නම

3. Whether Rev/ Mr./ Mrs./ Miss:
පුජ්‍ය/මයා/මිය/මෙනෙටිය ද යන වග

4. Postal Address :
(Any change should be
Communicated Immediately)
තැපැල් ලිපිනය
(ලිපිනය වෙනස් වුවහොත්
නොපමාව දැන්විය යුතුය)

5. Telephone Nos : දුරකථන අංකයන්
Residence : නිවස
Mobile : ජංගම දුරකථන
e mails : විද්‍යුත් තැපැල් ලිපිනය
WhatsApp No : වටිස්ඇප් අංකය

6. (a) Date of Birth :
උපන් දිනය

(b) Age as at closing date of the application
අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසන් දිනට වයස
Years: අවුරුදු Months: මාස Days: දින

7. National ID No :
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

8. Civil status :
(Married/ Unmarried)
විවාහක/අවිවාහක බව

9. Educational Qualification G.C.E. (O/L) and G.C.E (A/L)
අධ්‍යාපන සුදුසුකම්: අ.පො.ස.(සා.පෙළ) සහ අ.පො.ස.(උ.පෙළ)
G.C.E. (O/L)
අ.පො.ස.(සා.පෙළ)

1st sitting
පළමු වර

Year :
වසර
Index No :
විභාග අංකය

Subject විෂය	Grade ශ්‍රේණිය
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2nd sitting
දෙවන වර

Year :
වසර
Index No :
විභාග අංකය

Subject විෂය	Grade ශ්‍රේණිය
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

G.C.E (A/L)
අ.පො.ස.(උ.පෙළ)

1st sitting
පළමුවර

Year :
වසර
Index No :
විභාග අංකය

Subject විෂය	Grade ශ්‍රේණිය
.....
.....
.....
.....

2nd sitting
දෙවනවර

Year :
වසර
Index No :
විභාග අංකය

Subject විෂය	Grade ශ්‍රේණිය
.....
.....
.....
.....

10. Higher Education (Degrees, Diplomas, Certificate Courses)

උසස් අධ්‍යාපන සුදුසුකම් (උපාධි, ඩිප්ලෝමා, සහතික පත්‍ර පාඨමාලා)

Name of the University/ Institute	From	To	Course followed with Subjects	Class/ Grade
විශ්වවිද්‍යාලයේ/ආයතනයේ නම	සිට	දක්වා	හදාරා ඇති පාඨමාලාව විෂයන්ද සහිතව	පන්තිය ශ්‍රේණිය

11. Professional Qualifications:

(Details with date, place, reg.no. of obtaining such qualifications)

වෘත්තීය සුදුසුකම් (එවැනි සුදුසුකම් ලබා ගත් දිනය, ස්ථානය, ලියාපදිංචි අංකය)

12. Details of Internship Training (if relevant) :

සීමාවාසික පුහුණු කාලසීමාව (අදාළ නම් පමණක්)

13. Sri Lanka Ayurvedic Medical Council/ any other Council reg. No and date

ශ්‍රී ලංකා ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවේ හෝ වෙනත් සභාවක ලියාපදිංචිය ලබා ඇත්නම් එම අංකය සහ දිනය

14. Highest examination passed in Sinhala/ English/ Tamil

සිංහල/ඉංග්‍රීසි/දෙමළ විෂයන්ගෙන් සමත් ඉහළම විභාගය

Sinhala/ සිංහල :

English/ඉංග්‍රීසි :

Tamil/ දෙමළ :

15. Achievements in sports/ extra-curricular/ social services activities

ක්‍රීඩා ජයග්‍රහණ/වෙනත් බාහිර ක්‍රියාකාරකම්/සමාජ සේවා කටයුතු

16. Any other qualifications

වෙනත් සුදුසුකම්

17. Names of two non-related referees

ඔබගැන තොරතුරු විමසිය හැකි ඥාතීන් නොවන දෙදෙනෙකු පිළිබඳ විස්තර

	Name /නම	Address/ලිපිනය	TP No./දු.ක. අංකය
1			
2			

18. The medium of selection test if any state whether Sinhala/Tamil/ English

අදාළ පාඨමාලාවට බඳවා ගැනීමට විභාගයක් පැවැත්වුව හොත් පෙනී සිටීමට අපේක්ෂා කරන මාධ්‍යය (සිංහලද/දෙමළද/ඉංග්‍රීසිද) යනුවෙන් සඳහන් කරන්න

19. Present Occupation/වර්තමාන තනතුර

- I. Post :
තනතුර :
- II. Date of appointment :
ඊට පත් වූ දිනය :
- III. Whether confirm in the present post :
දැනට දරණ තනතුරෙහි තහවුරු කර ඇතිද යන වග :
- IV. Place of work :
සේවා ස්ථානය :
- V. Previous appointments if any, with dates
කලින් දැරූ තනතුරු ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර

Department/ Institute	Post	From	To
දෙපාර්තමේන්තුව/ආයතනය	තනතුර	සිට	දක්වා

I certify that all the particulars given by me in this application are true and accurate. I am aware that if any particulars are found to be false or inaccurate prior to my selection, my application will be rejected, and that if particulars are found to be false or inaccurate after my selection, I will be dismissed from the course.

මෙම ඉල්ලුම්පත්‍රයේ මා විසින් සඳහන් කරන ලද විස්තර සත්‍යවූද නිවැරදි වූ ද ඒවා බව මෙයින් සහතික කරමි.මෙම විස්තර අසත්‍ය හෝ වැරදි ඒවා බව මා තෝරා ගැනීමට පෙර සොයාගනු ලැබුව හොත් මාගේ අයදුම්පත්‍රය ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලබන බවද තෝරා ගැනීමෙන් පසුව මෙම විස්තර අසත්‍ය හෝ වැරදි ඒවා බව සොයාගනු ලැබුව හොත් මා පාඨමාලාවෙන් පහ කරනු ලබන බවද මම දනිමි.

Date /දිනය

Signature /අත්සන

Only for applicants who forwarded their applications through Heads of Institutions

ආයතන ප්‍රධානීන් මගින් අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කරන අයදුම්කරුවන් සඳහා පමණි.

Forwarded, I inform that Mr./ Mrs./ Miss. _____ Could be released/ could not be released from this institution if selected for following the course

ඉදිරිපත් කරමි, _____ ඔහු/ඇය මෙම පාඨමාලාව සඳහා තෝරා ගනු ලැබුව හොත් මෙම ආයතනයේ සේවයෙන් මුදාහැරිය හැක/නොහැක.

Institution:

ආයතනය

Name of the Head of the Institution/ Dept:

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නම

Designation:

තනතුර

Signature:

අත්සන

Date:

දිනය

Rubber Stamp:

රබර් මුද්‍රාව