



(කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)  
 මුදල් ඇතවුම්/රිසිට්පත් අංකය :  
 .....  
 දිනය :.....

**ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුව**  
**ආයුර්වේද ඖෂධාගාරයක් වාර්ෂික බලපත්‍රය ලබා ගැනීම සඳහා ඉල්ලුම් පත්‍රය.**  
 20.....

1. ඉල්ලුම්කරුගේ නම :- .....
2. ඉල්ලුම්කරුගේ ලිපිනය :- .....
3. දුරකථන අංකය :- .....
4. නිෂ්පාදනාගාරයේ නම :- .....
5. නිෂ්පාදනාගාරය පිහිටි ස්ථානයේ ලිපිනය :- .....
6. නිෂ්පාදනාගාරයේ ලියාපදිංචි අංකය :- .....
7. පළාත :- ..... 7. දිස්ත්‍රික්කය :- .....
8. ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශයේ :-.....
9. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය :- .....
10. වරිපනම් අංකය :- .....
11. උපදේශක වෛද්‍යවරයාගේ නම :- .....
12. අංශය :- ..... 13. ලියාපදිංචි අංකය :- .....
14. ඖෂධාගාරය පිහිටවූ දිනය :- .....
15. අවසාන වරට ලියාපදිංචිය කර ඇති වර්ෂය :- .....
16. සහතික පත්‍ර අංකය:- .....
17. ඖෂධ නිෂ්පාදනයේදී යන්ත්‍ර සුත්‍ර භාවිතා කරන්නේද? :-.....
18. ඒ පිළිබඳ විස්තර :- .....
19. සේවක සංඛ්‍යාව :- .....
20. ඖෂධ අලෙවි කිරීමට අපේක්ෂිත වෙළඳ ආයතන පිළිබඳ විස්තර :- .....

21. නිෂ්පාදිත ඖෂධ වර්ග නම් වශයෙන් සඳහන් කරන්න :-

- |           |            |
|-----------|------------|
| i. ....   | ii. ....   |
| iii. .... | iv. ....   |
| v. ....   | vi. ....   |
| vii. .... | viii. .... |
| ix. ....  | x. ....    |

22. යෝග සංග්‍රහ කමිටුවේ අනුමැතිය ලබාගෙන ඇති ඖෂධ :-

- |           |            |
|-----------|------------|
| i. ....   | ii. ....   |
| iii. .... | iv. ....   |
| v. ....   | vi. ....   |
| vii. .... | viii. .... |

23. යෝග සංග්‍රහ කමිටුවේ අනුමැතිය ලබා ගතයුතු ඖෂධ :-

- |           |            |
|-----------|------------|
| i. ....   | ii. ....   |
| iii. .... | iv. ....   |
| v. ....   | vi. ....   |
| vii. .... | viii. .... |

24. ඖෂධ නිෂ්පාදනය සඳහා වසරේ ලබා ගත් විෂ මන්ද්‍රව්‍ය පිළිබඳ විස්තර:-

- |                                   |               |
|-----------------------------------|---------------|
| i. කංසා කි:ග්‍රෑ.....             | ii. අබිං..... |
| iii. පරිපාක ස්ප්‍රිතු ලිටර් ..... | iv. ....      |

25. පහත සඳහන් ලියකියවිලි වල පිටපත් අමුණා එවමි.

- ❖ උපදේශක වෛද්‍යවරයා සම්බන්ද ආකෘතිය.
- ❖ නිෂ්පාදනාගාරයක් පවත්වාගෙන යන බවට ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය ප්‍රදේශීය ලේකම් අනු අත්සන් කර. ඇත/නැත
- ❖ වාර්ෂික බලපත්‍ර ගාස්තු රු: 3,000.00 ආයුර්වේද කොමසාරිස් නමින්, මහරගම තැපැල් කාර්යාලයෙන් මාරු කර ගත හැකි පරිදි මුදල් ගෙවන ලද ඇතවුමේ ලඳුපත. ඇත/නැත

අයදුම් පතේ සඳහන් කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මම මෙයින් සහතික කරමි.

.....

දිනය

.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන  
(නිල මුද්‍රාව )

**ආයුර්වේද ඖෂධාගාරයේ උපදේශක වෛද්‍යවරයා පිළිබඳ තොරතුරු**

01. වෛද්‍යවරයාගේ සම්පූර්ණ නම:- .....

02. පුද්ගලික ලිපිනය :- .....

.....  
 .....

03. වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය :- ..... අංශය :- .....

04. සේවා ස්ථානයේ නම :- .....

05. සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :- .....

.....  
 .....

06. ඔබගේ සේවය පූර්ණ කාලීන ද නැතහොත් සේවා අවශ්‍යතාවය අනුවද යන්න පිළිබඳ විස්තර :- .....

07. ඔබගේ අධීක්ෂණයෙන් නිෂ්පාදනය කරනු ලබන ඖෂධ වර්ග නම් වශයෙන් සඳහන් කරන්න:-

- |           |            |
|-----------|------------|
| i. ....   | ii. ....   |
| iii. .... | iv. ....   |
| v. ....   | vi. ....   |
| vii. .... | viii. .... |
| ix. ....  | x. ....    |

08. අධීක්ෂණය යටතේ වෙනත් නිෂ්පාදනාගාර හෝ ආනයනික සමාගම් වෙළඳ සැල් ඇතොත් ඒ පිළිබඳ විස්තර සහ අදාළ ආයතන වල සේවය කරන දින හා වේලාවන් :-

.....මා

ගේ අධීක්ෂණය යටතේ නිෂ්පාදනය කරනු ලබන ඖෂධ වල ප්‍රමිතිය පිළිබඳ මා වගකිය යුතු අතර යම් හෙයකින් පරීක්ෂා කිරීමේදී ප්‍රමිතියේ යම් දුර්වලතාවයක් ඇති බවට තහවුරු වුවහොත් මට විරුද්ධව විනයානුකූලව පියවර ගන්නා බව මා දනිමි.

.....  
 දිනය  
 ආයුර්වේද වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන  
 ( නම සහිත නිලමුද්‍රාව )