



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

**ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුව**

**ආයුර්වේද ඖෂධ සැල්/වෙළඳ සැල් වාර්ෂික බලපත්‍රය ලබා ගැනීම සඳහා  
 ඉල්ලුම් පත්‍රය. 20.....**

1. ඉල්ලුම්කරුගේ නම :- .....
  2. ඉල්ලුම්කරුගේ ලිපිනය :- .....
  - .....
  3. දුරකථන අංකය :- .....
  4. ඖෂධ සැල්/වෙළඳ සැල් නම :- .....
  5. ඖෂධ සැල්/වෙළඳ සැල් පිහිටි ස්ථානයේ ලිපිනය :- .....
  - .....
  - .....
  6. ඖෂධ සැල්/වෙළඳ සැල් ලියාපදිංචි අංකය :- .....
  7. පළාත :- ..... 7. දිස්ත්‍රික්කය :- .....
  8. ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශයේ :-.....
  9. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය :- .....
  10. වර්ෂනම් අංකය :- .....
  11. ප්‍රථම වරට ලියාපදිංචි වර්ෂය හා දිනය :- .....
  12. අවසාන වරට ලියාපදිංචිය කර ඇති වර්ෂය :- .....
  13. සේවක සංඛ්‍යාව :- .....
  14. අලෙවි කිරීමට අපේක්ෂිත ඖෂධ පිළිබඳ විස්තර :-  
 (ඖෂධ වර්ග වැඩිප්‍රමාණයකින් ඇති විට ඇමුණුමකින් දක්වන්න)
- |           |            |
|-----------|------------|
| i. ....   | ii. ....   |
| iii. .... | iv. ....   |
| v. ....   | vi. ....   |
| vii. .... | viii. .... |
| ix. ....  | x. ....    |

15. පහත සඳහන් ලියකියවිලි වල පිටපත් අමුණා එවමි.

- ❖ ඔෆෂඩ සැල්/වෙළඳ සැල් පවත්වාගෙන යන බවට ග්‍රාම නිලධාරි සහතිකය ප්‍රදේශිය ලේකම් අනු අත්සන් කර. ඇත/නැත
- ❖ වාර්ෂික බලපත්‍ර ගාස්තු රු:2,500.00 ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවට මුදල් ගෙවන ලද ලඳුපත ඡායපිටපත. ඇත/නැත

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

.....

දිනය

.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

(නිල මුද්‍රාව )