



(කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)

මුදල් ඇතවුම්/රිසිට්පත් අංකය :  
.....

දිනය :.....

**ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුව**  
**ආයුර්වේද ඖෂධාගාරයක් ප්‍රථම වරට ලියාපදිංචිය අයදුම්පත්‍රය.**

1. ඉල්ලුම්කරුගේ නම :- .....
2. ඉල්ලුම්කරුගේ ලිපිනය :- .....
- .....
3. දුරකථන අංකය :- .....
4. නිෂ්පාදනාගාරයේ නම :- .....
5. නිෂ්පාදනාගාරය පිහිටි ස්ථානයේ ලිපිනය :- .....
- .....
- .....
6. පළාත :- ..... 7. දිස්ත්‍රික්කය :- .....
8. ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශය :-.....
9. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය :- .....
10. වරිපනම් අංකය :- .....
11. උපදේශක වෛද්‍යවරයාගේ නම :- .....
12. අංශය :- ..... 13. ලියාපදිංචි අංකය :- .....
14. ඉල්ලුම්කරු විසින් මීට පෙර ලියාපදිංචිය ඉල්ලුම්කර ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර:-  
.....
15. ඖෂධාගාරය පිහිටවූ දිනය:- .....
16. ඖෂධ නිෂ්පාදනයේදී යන්ත්‍ර සුක්‍ර භාවිතා කරන්නේද? :-.....
17. ඒ පිළිබඳ විස්තර :- .....
18. සේවක සංඛ්‍යාව :- .....
19. ඖෂධ අලෙවි කිරීමට අපේක්ෂිත වෙළඳ ආයතන පිළිබඳ විස්තර :- .....
- .....

20. නිෂ්පාදනය කිරීමට අපේක්ෂිත ඖෂධ වර්ග නාම :- .....
- |           |            |
|-----------|------------|
| i. ....   | ii. ....   |
| iii. .... | iv. ....   |
| v. ....   | vi. ....   |
| vii. .... | viii. .... |
| ix. ....  | x. ....    |

21. ඖෂධ නිෂ්පාදනය සඳහා විෂ මත්ද්‍රව්‍ය ලබා ගැනීමට අදහස් කරන්නේ නම් පිළිබඳ විස්තර:-

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

22. නියමිත රෙගුලාසි වලට අනුකූලව ගොඩනැගිල්ල නිම කර ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර :-  
.....

23. පහත සඳහන් ලියකියවිලි වල පිටපත් අමුණා. ඇත

- ❖ උපදේශක වෛද්‍යවරයා සම්බන්ධ ආකෘතිය. ඇත/නැත
- ❖ උපදේශක වෛද්‍යවරයාගේ ලියාපදිංචි සහතිකයේ ඡායා පිටපත. ඇත/නැත
- ❖ නිෂ්පාදනාගාර ගොඩනැගිල්ලේ ගොඩනැගිලි සැලැස්ම. ඇත/නැත
- ❖ ගොඩනැගිල්ල ඉදිකර අවසානව ඇති බව හා නිෂ්පාදනාගාරයක් පවත්වාගෙන යන බවට ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය ප්‍රදේශීය ලේකම් අනු අත්සන් කර. ඇත/නැත
- ❖ ව්‍යාපාර ලියාපදිංචි සහතිකයේ සහතික ඡායාපිටපත. ඇත/නැත
- ❖ ආසන්න නගරයේ සිට ආයතනයට ලඟ විය හැකි කෙටිම මඟ පිළිබඳ සටහන. ඇත/නැත
- ❖ පරික්ෂා කිරීම හා ප්‍රථම ලියාපදිංචි බලපත්‍ර ගාස්තු රු:5,000.00 ආයුර්වේද කොමසාරිස් නමින්, මහරගම තැපැල් කාර්යාලයෙන් මාරු කර ගත හැකි පරිදි මුදල් ගෙවන ලද ඇතවුමේ ලඳුපත. ඇත/නැත
- ❖ අයදුම් පත් 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 :-

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

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