

රජයේ හෝමියෝපති රෝහලේ වෛද්‍ය නිලධාරී සේවා ගණයේ ප්‍රාථමික ශ්‍රේණිය සඳහා බඳවා ගැනීම

1. i. (අ) මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

- (ආ) මූලකුරු සමඟ නම (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්) :

.....

- ii. (අ) මූලකුරුවලින් කියවෙන නම් (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

- (ආ) මූලකුරුවලින් කියවෙන නම් (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්) :

.....

2. i. ස්ථීර ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) (ලිපි එවනු ලබන්නේ මෙම ලිපිනයට) :

.....

.....

- ii. ස්ථීර ලිපිනය (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්) :

.....

.....

- iii. දුරකථන අංක : ජංගම : ස්ථාවර :

03. i. උපන් දිනය :

වර්ෂය

--	--	--	--

මාසය

--	--

දිනය

--	--

- ii. 2023 .12.31 දිනට වයස :

අවුරුදු

--	--	--	--

මාස

--	--

දින

--	--

04. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :

ස්ත්‍රී:

--

පුරුෂ:

--

05. විවාහක ද / අවිවාහක ද :

විවාහක:

--

අවිවාහක:

--

06. ශ්‍රී ලංකාවේ පුරවැසියෙක් ද යන වග :

.....

07. ස්ථීර පදිංචි ස්ථානය අයත්

- i. පළාත් සභාව:

- ii. දිස්ත්‍රික්කය:

- iii. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය:

