

42-1

Application for a Post of Grade II Dental Surgeon
Ministry of Health Nutrition & Indigenous Medicine

Office use only

Rank number.....

Station assigned.....

Checked by.....

Authorized by.....

Name in Full :.....

If the name mentioned above is different from the name appear in the merit list provided by the Faculty of Dental Sciences, Peradeniya or SLMC Registration Certificate, please provide documentary proof/ affidavit for the change

National Identity Card No :.....

Year & Month of Graduation:.....

SLMC Registration No:.....

Home Address:.....

Contact Telephone No:.....

Category

4a

4b

4c

4d

Please mark

I here by declare that I am/ I am not a trainee in post graduate studies at Post Graduate Institute of Medicine, Colombo. (Such candidates should forward their applications through Director/ PGIM with a declaration that she/he can be released, if selected and stay in the government service for period of one year)

I certify that above stated information and facts are true and correct. I am aware that the order of preference for stations mentioned above cannot be changed under any circumstances, after the closing date for application. I am aware that if any information provided by me is found to be untrue/incorrect my application will be rejected.

.....
Signature of Applicant

.....
Date

Please mark your preferences for the introductory training program for three months in sheet 1 and proper stations in Sheet 11 as per below sheets. Please number the sheets and place your signature in every sheet

Preferences for Introductory Training Program for Three Months - Sheet 1

385-2-111

II ශ්‍රේණියේ දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය තනතුර සඳහා ඉල්ලුම් පත්‍රය
සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා	
කුසලතා අංකය
පත් කරන ලද සේවා ස්ථානය:
පරීක්ෂා කළේ
බලය පවරන ලද්දේ

01. සම්පූර්ණ නම :

(ඔබ ඉහත සඳහන් කළ නම හා පේරාදෙණිය දත්ත වෛද්‍ය පීඨයෙන් ඉදිරිපත් කර ඇති කුසලතා ලේඛණයේ සඳහන් නම හෝ ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි සහතිකයේ දැක්වෙන නම අතර වෙනසක් තිබේ නම් කරුණාකර ඒ සඳහා දිවුරුම් ප්‍රකාශයක් හෝ ලිඛිත සාක්ෂියක් ඉදිරිපත් කරන්න.)

02. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:

03. උපාධිය ලැබූ වසර සහ මාසය:

04. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය:

05. ලිපිනය:.....

06. දුරකථන අංකය:

07. කාණ්ඩය : 04 (අ) / 04(ආ) / 04(ඇ) / 04(ඈ)

මම කොළඹ වෛද්‍ය පශ්චාත් පුහුණු උපාධි ආයතනයේ පශ්චාත් පුහුණු උපාධි පාඨමාලාවක් නොහදාරන බවට/හදාරන බවට මෙයින් සහතික වෙමි.

(ඔබ පශ්චාත් පුහුණු උපාධි පාඨමාලාවක් හදාරන අයදුම්කරුවකු නම්, රජයේ දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍යවරයෙක් ලෙස තේරී පත්වුවහොත් වසරක කාලයක් සඳහා පශ්චාත් පුහුණු උපාධි පාඨමාලාවෙන් නිදහස් කරන බවට අධ්‍යක්ෂ පශ්චාත් පුහුණු උපාධි ආයතනයෙන් සහතිකයක් ද සහිතව තම අයදුම්පත වෛද්‍ය පශ්චාත් පුහුණු උපාධි ආයතනයේ අධ්‍යක්ෂතුමා හරහා යොමු කළ යුතු වේ.)

ඉහත මවිසින් සපයා ඇති සියළුම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. ඉහත මවිසින් සඳහන් කළ යම් තොරතුරක් අසත්‍ය හෝ වැරදි බවට තහවුරු වුවහොත් මාගේ අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වන බවද අවබෝධ කර ගෙන සිටිමි. තවද, අභිමතයන් ප්‍රකාශ කිරීමේ ආකෘති පත්‍රයන්හි මවිසින් සඳහන් කළ ස්ථාන අනුපිළිවෙල අයදුම්පත් කැඳවන අවසන් දිනට පසු කිසිදු හේතුවක් මත වෙනස් කළ නොහැකි බවද අවබෝධකර ගෙන සිටින බවට මෙයින් සහතික වෙමි.

.....
දිනය

.....
අයදුම්කරු ගේ අත්සන

කරුණාකර ඔබගේ වරණයන් පහත දැක්වෙන දත්ත සටහන්හි දක්වන්න. කරුණාකර සියළුම පිටු අංකනය කර ඔබගේ අත්සන සඳහන් කරන්න.

Preferences for Introductory Training Program for Three Months - Sheet 1

Preference	Station No	Station
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		

46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		

Preferences for proper station Sheet 11

Preference	Station No	Station
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		

46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		