

(අයදුම්කරු විසින් සම්පූර්ණකොට වෛද්‍ය නිලධාරියාට භාරදිය යුතුයි.)

..... වශයෙන් ..... දෙපාර්තමේන්තුවේ පත්වීමක්  
සඳහා තාවකාලික වශයෙන් තෝරා ගනු ලැබූ අයදුම්කරුවෙකු විසින් කරනු ලබන ප්‍රකාශය

ආණ්ඩුව යටතේ පත්වීමක් ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන අයදුම්කරුවන් විසින් පහත සඳහන් ආකෘති පත්‍රය සම්පූර්ණ කොට වෛද්‍යපරීක්ෂණය කරනු ලබන වේලාවේදී ආණ්ඩුවේ වෛද්‍ය නිලධාරියාට භාර දිය යුතුය.

මෙහි කරනු ලබන ප්‍රකාශයන් ගැන අයදුම්කරු වග කිව යුතුය. යම් තොරතුරක් ඕනෑු කමින් ම යටපත් කළොත් ඔහුට පත්වීම නොලැබිය හැකිය.

සම්පූර්ණ නම : .....

ලිපිනය : .....

රක්ෂාව : .....

උපන්දිනය : ..... මිලන උපන් දිනට වයස : .....

උපන් ස්ථානය : ..... විවාහක ද අවිවාහක ද යන වග : .....

ඔබගේ අත් එන්නත් කිරීම සාර්ථක වී තිබේද ? .....

එසේ නම් අන්තිම වරට අත් එන්නත් කළ දිනය : .....

ඔබට මසූරිකා රෝගය වැළඳී තිබේද ? .....

නිතර නිතර කැස්ස, කෙළ සමග හෝ කහින විට හෝ ලේ යාම, චුස්චුසාවරණ ප්‍රදාහය, යන මේ රෝගයකින් හෝ පෙණහැලිවල වෙනයම් රෝගයකින් හෝ ඔබ පෙළී සිටියෙහිද ? .....

අන්ත්‍ර වෘද්ධිය, අර්ශස්, රක්තවාතය අපස්මාරය හෝ ආක්ෂේපය යන මේ රෝගයකින් හෝ වෙන යම් නහරගත රෝගයකින් හෝ ඔබ පෙළී සිටියෙහිද ? .....

ඔබ වෙන යම් රෝගයකින් හෝ තදබල තුවාලයකින් හෝ පෙළී සිටියෙහිද ? .....

සහජ අංගවිකල්පයකින් හෝ පසුව ඇති වූ අංග විකල්පයකින් හෝ ඔබ පෙළෙන්නෙහි ද ? .....

ඔබට කවදා හෝ යම් ශල්‍යකර්මයක් කරන ලද්දේ ද ? එසේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර හා ශල්‍යකර්මය කළ දිනය ද ලියන්න : .....

දැන් ඔබ මනා සනීපයෙන් සිටින්නෙහි ද ? .....

ඔබ මධ්‍යස්ථ ගති පැවතුම් ඇත්තෙක් ද ? .....

ඔබේ පවුලේ යම් කිසිවෙක් හෝ ඔබේ කිට්ටු නැදෑයෙක් හෝ ක්ෂය රෝගයෙන් හෝ පෙණහැලි ගත වෙනයම් රෝගයකින් හෝ උමතු රෝගයකින් හෝ ආක්ෂේප රෝගයකින් හෝ පෙළෙන්නෙද ? නැතහොත් පෙළී සිටියේ ද ?

පියා ජීවත් ව සිටි නම් ඔහුගේ වයස සහ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය	පියා මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග සහ පියා මිය යන විට වයස	මව ජීවත් ව සිටි නම් ඇගේ වයස සහ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය	මව මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග සහ මව මිය යන විට වයස
ජීවත්ව සිටින සහෝදර සංඛ්‍යාව හා ඔවුන්ගේ වයස්	මැරුණ සහෝදරයන්ගේ ගණන මැරුණ විට ඔවුන්ගේ වයස්, මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග	ජීවත්ව සිටින සහෝදරියන්ගේ ගණන හා ඔවුන්ගේ වයස්	මැරුණ සහෝදරියන්ගේ ගණන මැරුණ විට ඔවුන්ගේ වයස්, මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග

මව්ගේ මේ ආකෘති පත්‍රයේ ලියන ලද පිළිතුරු සත්‍ය බවත්, වැදගත් කිසිම කරුණක් මව්ගේ යටපත් නොකරන ලද බවත් මම මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

(අත්සන) .....

[To be filled up by the Candidate and handed over to the Medical Officer]

**Declaration by candidate provisionally selected for appointment in the ..... Department as**

**Candidate for appointment under Government should complete the form below and hand it to the Government Medical Officer at the time of examination.**

The candidate will be held responsible for the accuracy of the statements hereon, and by wilfully suppressing any information he will incur the risk of loosing the appointment.

Name in full : .....

Address : .....

Occupation : .....

Date of birth : ..... Age on next birthday : .....

Place of birth : ..... Whether married or single : .....

Have you been successfully vaccinated ? .....

If so, give last date : .....

Have you had smallpox ? .....

Have you suffered from habitual cough, spitting or coughing blood, pleurisy, or any complaint of the lungs ? .....

Have you suffered from rupture, piles, rheumatism, epileptic or other fits, insanity, or from any nervous complaint ? .....

Have you suffered from any other disease or from serious personal injury ? .....

Have you any deformity, congenital or acquired ? .....

Have you ever undergone any surgical operation ? If so, give particulars and dates : .....

Are you now in good health ? .....

Are you temperate in your habits ? .....

Are any members of your family or near relatives, or have they been, subject to consumption or any disease of the lungs, or to insanity or fits ? .....

Father's Age, if living and State of Health	Father's Age, at Death, and Cause of Death	Mother's Age, if living and State of Health	Mother's Age, at Death, and Cause of Death
No. of Brothers living, and their Ages	No. of Brothers Dead, their Ages at, and Cause of Death	No. of Sisters living, and their Ages	No. of Sisters Dead, their Ages at, and Cause of Death

I do hereby declare that the answers given by me on this form are true and that I have not suppressed any material facts.

(Signature) .....