

බාහිර වෙද්‍ය හිමිකම් ඉල්ලුම් පත්‍රය

ඔප්පු අංකය : G/010/SHE/ ..... සාමාජික අංකය : .....

රක්ෂිතයාගේ නම : .....  
(රැකියා කරන ස්ථානයේ නම )

සේවකයාගේ නම : .....

දුරකථන අංකය : .....

දෙපාර්තමේන්තුව: .....

| බිල්පත් දිනය      | රෝගියාගේ නම | සේවකයාට ඇති<br>ඇති<br>සම්බන්ධතාවය | රෝගයේ<br>ස්වභාවය | වැය වූ මුදල |
|-------------------|-------------|-----------------------------------|------------------|-------------|
|                   |             |                                   |                  |             |
|                   |             |                                   |                  |             |
|                   |             |                                   |                  |             |
| මුළු හිමිකම් මුදල |             |                                   |                  |             |

මා විසින් ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව තහවුරු කරමි.

.....  
සේවකයාගේ අත්සන

.....  
බලයෙන් පුද්ගලයාගේ අත්සන  
(මානව සම්පත් දෙපාර්තමේන්තුව)

.....  
දිනය

.....  
දිනය