



20. ඔබ පහත සඳහන් රෝගයන්ගේ යම් කිසිවකින් පෙළෙන්නෙහි දී?

- |                      |                               |                               |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 01. දුයවැඩියාව       | ඇවි: <input type="checkbox"/> | නැත: <input type="checkbox"/> |
| 02. අධික රැකිර ඒවානය | ඇවි: <input type="checkbox"/> | නැත: <input type="checkbox"/> |
| 03. අඳුම             | ඇවි: <input type="checkbox"/> | නැත: <input type="checkbox"/> |
| 04. මීමැස්මොරය       | ඇවි: <input type="checkbox"/> | නැත: <input type="checkbox"/> |
| 05. හඳු රෝග          | ඇවි: <input type="checkbox"/> | නැත: <input type="checkbox"/> |
| 06. ආතරයිස්          | ඇවි: <input type="checkbox"/> | නැත: <input type="checkbox"/> |

21. ඔබ ඉහත රෝගයන්ට අමතරව යම් සඳහන් කළ යුතු රෝගකින් පෙළෙන්නෙහි දී? ඔවි:  නැත:   
'ඔවි' නම් අදාළ රෝග සඳහන් කරන්න \_\_\_\_\_

22. ඔබ හඳු සැන්කමකට හෝ වෙනත් බරපතල සැන්කමකට හාජනය වී තිබේ දී? ඔවි:  නැත:

23. ඔබ අන්පා අහිමි වීමක් හේතුවෙන් කෘතිම අන් පා පරිහරණය කරන්නෙහි දී? ඔවි:  නැත:

24. ඔබ මානසික රෝගක් හේතුවෙන් මුෂ්‍රය හාවතා කරන්නෙහි දී? ඔවි:  නැත:

25. ඔබ ත්‍රිවිධ භමුදාලේ සේවයේ නියුත්තව සිටි කෙනෙක් දී?  
'ඔවි' නම් තීතකානුකූලව එයින් ඉවත් වී සිටින්නෙහි දී? ඔවි:  නැත:

26. ඔබට උසාව් නියෝගයකින් රැවින් පිටවීම අත්හිටුවා තිබේ දී? ඔවි:  නැත:

ඉහත සඳහන් තොරතුරු තීරවදා හා සත්‍ය බවට සනාව් කර සිටිමු. විමෙන්ම වන්දනා ගමනේ දී සංවිධායක මණ්ඩලයේ තීරණයන්ට විකාශව කටයුතු කරන බවත් ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය :     /   /

අයදුම්කරුගේ අත්සන