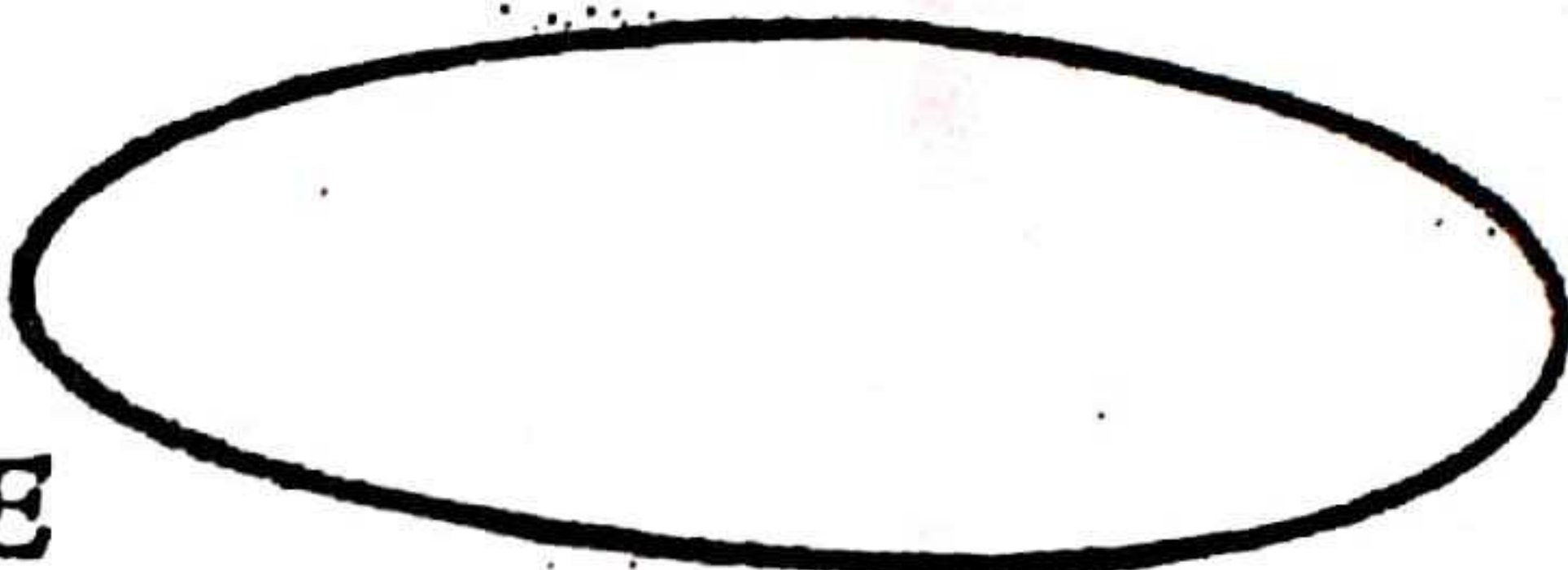


CEYLON MEDICAL COLLEGE COUNCIL

ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය විද්‍යාල සභාව



APPLICATION FOR MIDWIFE CERTIFICATE

පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් සහතිකය සඳහා අයදුම්පත

Reference to your request for a certificate, please pay Rs. 500/- to the People's Bank, Town Hall Branch (Account number: 167-1-001-2-0020892) and forward the receipt to me together with the duly perfected application enabling me to issue you a certificate.

සහතිකය ලබා ගැනීම සඳහා රු. 500/- ක මුදලක් මහජන බැංකුවේ වවුන් හෝල් ශාඛාවේ ගිණුම් අංක 167-1-001-2-0020892 ව බැරකර එම කුචිතාන්තිය සහ අවශ්‍ය ලියකියවිලි ද සමඟ සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත්‍රය කාර්යාලය වෙත ලබා දෙන්න.

Ceylon Medical College Council
Faculty of Medicine
University of Colombo
Kynsey Road, Colombo 8

ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය විද්‍යාල සභාව
වෛද්‍ය පීඨය
කොළඹ විශ්වවිද්‍යාලය
කිංසි පාර, කොළඹ 8

Examination year & month:

විභාගය පැවැත්වූ වර්ෂය සහ මාසය

Index No:

විභාග අංකය

1. Full Name (in English block capitals) :
සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්)

2. Date of Birth :
උපන් දිනය

3. NIC Number :
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

4. Address :
ලිපිනය

5. Telephone No :
දුරකථන අංකය

6. Email address :
Email ලිපිනය

Date :

Signature :