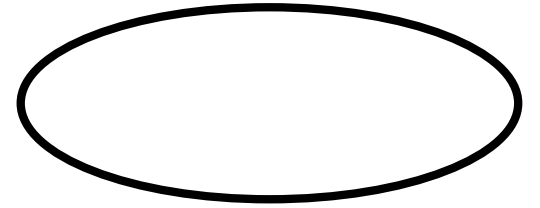


CEYLON MEDICAL COLLEGE COUNCIL

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.5000/-** to the People's Bank, Town Hall Branch (**Account number: 167-1-001-2-0020892**) and forward the receipt to the CMCC office together with the duly completed application enabling CMCC to issue you a certificate.

සහතිකය ලබා ගැනීම සඳහා රු 5000/- මුදලක් මහජන බැංකුවේ ටවන්හෝල් ශාඛාවේ (**167-1-001-2-0020892**) ගිණුම් අංකයට බැරකර එම කුවිතාන්සිය සහ අවශ්‍ය ලියකියවිලි ද සමඟ සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම් පත්‍රය කාර්යාලය වෙත ලබාදෙන්න.

- **Special Attention of the Applicant:** Please ensure that your name is correctly entered in the application form. If a certificate re-print is required due to a name error or any other mistake, an additional fee of Rs. 2500/- will be charged.
- අයදුම්කරුගේ විශේෂ අවධානය පිණිස : ඔබගේ නමෙහි සිදුවන දෝෂ හෝ වෙනත් නිවැරදි කිරීම් හේතුවෙන් සහතික පත්‍රය නැවත මුද්‍රණය කිරීමට සිදුවුවහොත් ඒ සඳහා රු. 2500/- ක අමතර ගාස්තුවක් අය කරනු ලැබේ. එබැවින් ඔබගේ නම සහ අනෙකුත් කරුණු අයදුම්පතෙහි නිවැරදිව සඳහන් කර තිබේදැයි හොඳින් පරීක්ෂා කරන්න.

Ceylon Medical College Council
Faculty of Medicine
UCFM Tower, Level 1
Maradana Road, Colombo 08

ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය විද්‍යාල සභාව
වෛද්‍ය පීඨය
UCFM කුලුණ, පළමු මහල,
මරදාන පාර, කොළඹ 08

Examination year & month:
විභාගය පැවැත්වූ වර්ෂය සහ මාසය

Index Number:
විභාග අංකය

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

2. Date of Birth :
උපන් දිනය

5. Telephone No :
දුරකථන අංකය

3. NIC Number :
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය

6. Email Address :
විද්‍යුත් තැපෑල

4. Address :
ලිපිනය

Date:.....
දිනය

Signature:.....
අත්සන