

යුද්ධ හමුදා සුවසහන අරමුදලේ බරපතල රෝග කාණ්ඩය යටතේ ඉඳුරාම රෝහල වෙත ප්‍රතිලාභ ගෙවීම සම්බන්ධ සේවාව සතුටුදායක ලෙස ලබාගත් බවට සහතිකය
(ප්‍රතිකාර ලබා දීන 07 ක් ඇතුළත ඉදිරිපත් කල යුතුය)

1. සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමග) :.....
2. සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම :.....
3. රෙජි අංකය :.....
4. නිලය :.....
5. රෙජිමේන්තුව :.....
6. ඒකකය :.....
7. මව් ඒකකය (විශේෂ බලකායට පමණක් අදාලවේ) :.....
8. ලිපිනය (සාමාජිකයාගේ/ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ) :.....
9. දුරකථන අංකය (සාමාජිකයාගේ/ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ) :.....
10. වන්දි හිමිකම් අයදුම් කරනු ලබන්නේ කවුරුන් සඳහාද:
 - අ. නම :.....
 - ආ. ඥාතීත්වය :.....
 - ඇ. උපන් දිනය :.....
11. ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා රෝහල හා ඇස්තමේන්තුගත මුදල :.....

..... දින සිට දින දක්වා කාලය තුළ රෝහලෙහි මා/මාගේ කලත්‍රයා/දුව/පුතා/මව/පියා නේවාසිකව ප්‍රතිකාර ලබාගත් අතර, එම කාලසීමාව තුළ රෝහල වෙතින් සතුටුදායක ලෙස සේවය ලබාගත් බවට ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය :..... අත්සන:.....

අණදෙන නිලධාරීගේ සහතිකය

..... ඒකකයට අයත් යන අය විසින් රෝහල වෙතින් දින සිට දින දක්වා කාලය තුළ ප්‍රතිකාර ලබාගෙන ඇති අතර, එම රෝහල වෙතින් ලබාදී ඇති සේවය සතුටුදායක බවට මා විසින් සහතික කරමි.

දිනය :..... අණදෙන නිලධාරී
(නිල මුද්‍රාව තබන්න)

මධ්‍යස්ථාන සේනාවිධායකගේ නිර්දේශය

..... ඒකකයට අයත් යන අය විසින් රෝහල වෙතින් දින සිට දින දක්වා කාලය තුළ ප්‍රතිකාර ලබාගෙන ඇති අතර, එම රෝහල වෙතින් ලබාදී ඇති සේවය සතුටුදායක බවට මා විසින් නිර්දේශ කරමි.

දිනය :..... මධ්‍යස්ථාන සේනාවිධායක
(නිල මුද්‍රාව තබන්න)