

ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව

ආයුර්වේද වෛද්‍ය පරම්පරා පිළිබඳ තොරතුරු රැස්කිරීම

පළාත	දිස්ත්‍රික්කය	ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය	ග්‍රාම නිලධාරී වසම්

ආකෘතිපත්‍රය සම්පූර්ණ කරනු ලබන වෛද්‍යවරයාගේ විස්තර	
වෛද්‍යවරයාගේ නම	
ගුරු වෛද්‍යවරයාගේ නම	

වෛද්‍ය පරම්පරාවේ ඉතිහාසය			
වෛද්‍ය පරම්පරාවේ නම			
පරම්පරාවේ ආරම්භක වෛද්‍යවරයාගේ නම			
වෛද්‍ය පරම්පරාවේ ආරම්භක වර්ෂය (දන්නේ නම්)			
වෛද්‍ය පරම්පරාවේ ව්‍යාප්තිය (ඉඩකඩ ප්‍රමාණවත් නොවේ නම් අතිරේක කඩදාසියක් භාවිතා කරන්න)	වෛද්‍යවරයාගේ නම	ලියාපදිංචි අංකය	අංශය
පරම්පරාවට විශේෂිත වූ වෛද්‍ය ක්‍රමයන්			
පරම්පරාවට සුවිශේෂී ඖෂධ පිළිබඳ තොරතුරු	ඖෂධයේ නම	භාවිතා කරනු ලබන රෝගය	

පරම්පරාවේ වර්තමාන සාමාජිකයන් පිළිබඳ විස්තර			
වෛද්‍යවරයාගේ නම	ලිපිනය	ලියාපදිංචි අංකය	අංශය

පරම්පරාව යටතේ දැනට වෛද්‍ය කර්මභ්‍යාසය හදාරනු ලබන ශිෂ්‍යයින් පිළිබඳ විස්තර																	
ශිෂ්‍යයන් / ශිෂ්‍යාවන්ගේ නම						ලිපිනය						ලියාපදිංචිය සඳහා ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව වෙත අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර තිබේද? / නැද්ද? යන වග (ඉදිරිපත් කර ඇත්නම් ලිපියොනු අංකය)					
ආමතුම් තොරතුරු																	
ජංගම දුරකතන අංකය									ස්ථාවර දුරකතන අංකය								
විද්‍යුත් ලිපිනය																	

ඉහතින් සඳහන් කළ තොරතුරු සත්‍ය බව ප්‍රකාශ කරමි.

වෛද්‍යවරයාගේ අත්සන දිනය

ග්‍රාම නිලධාරී / ප්‍රජා සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරීන් / සංවර්ධන නිලධාරී / නිර්දේශය

ඉහත සඳහන් කර ඇති තොරතුරු අනුව මාගේ බල ප්‍රදේශයේ කීර්තිමත්, කෘතභක්ෂ වෛද්‍ය පරම්පරාවක් වශයෙන් වෛද්‍ය පරම්පරාව කටයුතු කරන බව සහතික කරමි.

.....
අත්සන හා නිලමුද්‍රාව (තිබේනම්)

අනු අත්සන් කරමි.

.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම් / පළාත් ආයුර්වේද කොමසාරිස්

.....
නිලමුද්‍රාව