



## ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව ஆயுர்வேத வைத்திய சபை Ayurvedic Medical Council

(1961 අංක 31 දරන ආයුර්වේද පනතේ 55 වගන්තිය යටතේ ආයුර්වේද වෛද්‍යවරයෙකු ලෙස ලියාපදිංචි කිරීම සඳහා අයදුම් පත්‍රය)  
1961 ஆம் ஆண்டின் 31ம் இலக்கம் 55 ஆம் பிரிவு ஆயுர்வேத வைத்தியப் பிரமாணப்படி ஆயுர்வேத வைத்தியராகப் பதிவு செய்வதற்குரிய விண்ணப்பம்

(Application form for registration as an Ayurvedic Medical officer under the clause 55 of Ayurvedic Act No. 31, 1961)

**කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි/அலுவலக உபயோகத்திற்கு மட்டும்/**  
**For office use only**

අයදුම් පත්‍රය නිකුත් කළ දිනය:  
விண்ணப்பப்படிவம் விநியோகிக்கப்பட்ட திகதி: } .....

Date of issue of the application form

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:  
தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம்: } .....

NIC Number

පනතේ කුමන වගන්තියක් යටතේ ද යන්න:  
ஆயுர்வேதச் சட்டத்தின் எப்பிரிவின் பிரகாரம்: } 55(1)අ/ஆ/බ

Under which clause of the Act.

55(1)අ/இ/ச 55(1)අ/ஈ/த 55(1)உ/உ/ச 55(2)අ/ஆ/බ

අංශය: } ක්ෂේත්‍රය: }  
அம்சம்: } பிரிவு: }  
Sector } Field : }

අයදුම්පත්‍රය භාරදුන් දිනය:  
விண்ணப்பப்படிவத்தை பெற்றுக்கொண்ட திகதி: } .....

Date of handing over the application

ගොනු අංකය:  
கோவை இலக்கம்: } .....

File No.

අනුමැතිය ලත් දිනය  
அனுமதியினை பெற்றுக்கொண்ட திகதி: } .....

Date of Approval

අයදුම් පත්‍රය ඉදිරිපත් කරන දිනයට මාස හයකට නොවැඩි කාලයක් ඇතුළත ගන්නා ලද අඟල් 2" x 2 1/2" ප්‍රමාණයේ තමාගේ ඡායාරූපයක් මෙහි අලවා අත්සනින් කොටසක් අයදුම්පතෙහි සිටින ලෙස ඡායාරූපය මත අත්සන් කළ යුතුයි.

விண்ணப்பதாரரின் புகைப்படம் 2" x 2 1/2" அங்குலம் அளவிலான புகைப்படத்தை இங்கே ஒட்டி, அதன்மேல் விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம் இடப்படல் வேண்டும்.

Paste here a 2"x 2 1/2" sized photograph of the applicant taken within 6 months to the date of submitting the application. Place your signature covering both part of the photograph and the application.

### පළමුවැනි කොටස (අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික තොරතුරු) முதலாம் பகுதி (விண்ணப்பதாரியின் சுயவிபரம்) First section (Applicant's Personal Information)

- 1.1 සම්පූර්ණ නම (වාසගම සමඟ):  
முழுப் பெயர் (குடும்பப் பெயருடன்):  
Name in Full (With Surname): } .....
- 1.2 ස්ථිර ලිපිනය:  
நிரந்தர முகவரி:  
Permanent address: } .....
- 1.3 පදිංචි ස්ථානයේ ලිපිනය:  
வதிவிட முகவரி:  
Address of the present residence: } .....
- 1.4 (අ) ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය:  
பிரதேச செயலாளர் பிரிவு:  
Divisional Secretariat Division: } .....
- (ආ) දිස්ත්‍රික්කය:  
மாவட்டம்:  
District: } .....
- 1.5 උපන් දිනය:  
பிறந்த திகதி:  
Date of Birth: } .....

1.6 පුරවැසිභාවය: }  
இலங்கைப் பிரசையா: } .....  
Citizenship: }

1.7 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය: }  
தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம்: } .....  
NIC Number: }

1.8 ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය: }  
பால் (பெண் / ஆண்): } .....  
Sex: }

1.9 කිසියම් හේතුවකට අධිකරණය ඉදිරියේ වරදකරුවකු වී තිබේද? එසේ නම් අදාළ උසාවිය, නඩු අංකය හා දඬුවම පිළිබඳ විස්තර (මේ සම්බන්ධයෙන් අසත්‍ය තොරතුරු සැපයීම ලියාපදිංචියට නුසුදුසු කමක් වන අතර ලියාපදිංචියෙන් පසුව ඒ බව අනාවරණය වීම ලියාපදිංචිය අවලංගු කිරීමට හේතුවක් වනු ඇත.)  
எக்காரணத்திற்கையினும் நீதிமன்றத்தின் முன் குற்றம் சுமத்தப்பட்டரா? அப்படினால், வழக்கின் இலக்கமும் கொடுக்கப்பட்ட தண்டனை முதலியவற்றையும் விபரிக்க. (இது சம்பந்தமாக பொய்யான தகவல்களை வழங்குவது பதிவிற்கு தகைமையற்றவதுடன், பதிவின் பின் தெரிய வந்தால் பதிவு நீக்கம் செய்யப்படலாம்.)  
Have you been convicted by any court for any reason. If so mention the particulars of the court, case number and the punishment. (Providing incorrect information in this regard will be a disqualification for registration. If it is revealed after the registration, it will be a cause for cancelling the registration).

නඩු අංකය: }  
வழக்கு இலக்கம்: } .....  
Case number }  
උසාවිය: }  
நீதிமன்றம்: } .....  
Court }  
දඬුවම: }  
தண்டனை: } .....  
Punishment }

කාලය:..... සිට ..... දක්වා  
காலம்: ..... தொடக்கம் ..... வரை  
Period from ..... to .....

1.10 (1) සාමාන්‍ය (සර්වාංග) වෛද්‍යවරයෙකු ලෙස කලින් ලියාපදිංචි වී ඇත්නම්, ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය: }  
பொது சர்வாங்க வைத்தியராக முன்னர் பதிவு செய்யப்பட்டிருந்தால் பதிவிலக்கமும் திகதியும்: } .....  
Register number and date, If registered as general (all body) physician earlier }

(2) විශේෂ වෛද්‍යවරයෙකු ලෙස කලින් ලියාපදිංචි වී ඇත්නම්, විශේෂ අංශය, ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය: }  
விசேட வைத்தியராக முன்னர் பதிவு செய்யப்பட்டிருந்தால் பதிவிலக்கமும் திகதியும்: } .....  
Specializing unit, Register number and date, If registered as a special physician earlier }

1.11 (1) ලියාපදිංචිය යම් හේතුවක් නිසා අවලංගු කර තිබේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර: }  
பதிவு செய்யப்பட்டு பின் எக்காரணத்தைக்கொண்டும் பதிவு நீக்கம் செய்யப்பட்டிருப்பின் அது தொடர்பான விபரம்: } .....  
In case of registration has been cancelled, particulars of cancellation }

(2) ලියාපදිංචිය සඳහා මීට පෙර ඉදිරිපත් කළ අයදුම්පත්‍රයක් සභාව විසින් ප්‍රතික්ෂේප කර තිබේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර }  
பதிவிற்கு சமர்ப்பிக்கப்பட்ட விண்ணப்பப்படிவங்கள் சபையினால் நிராகரிக்கப்பட்டிருப்பின் அது தொடர்பான விபரம் } .....  
In case of an application for registration has been rejected by the Medical council earlier, particulars of the rejection }

දෙවැනි කොටස / இரண்டாம் பகுதி / Second section

(55 (1) ආ හෝ 55 (1) ඇ වගන්තිය ප්‍රකාර ලියාපදිංචිය අපේක්ෂා කරන උපාධිධාරී වෛද්‍යවරුන් සඳහා පමණි.)  
 (55 (1) ஆ அல்லது 55 (1) இ பிரிவின் பிரகாரம் பதிவினை எதிர்பார்க்கின்ற பட்டதாரி வைத்தியர்களுக்கு மட்டுமே)  
 (Only for the Ancestral Practitioners who expect registration under clause 55 (2) E or 55 (1) b)

- 2.1 අංශය (ආයුර්වේද / සිද්ධ / යුනානි):  
 අමසම (ஆயුர்வேத / சித்த / யுனானி): } .....  
 Section (Ayurveda/ Siddha/ Unani)
- 2.2 උපාධි නාමය:  
 பட்டம்:  
 Title of the degree } .....
- 2.3 උපාධිය ලබා ගත් වර්ෂය:  
 பட்டம் பெற்ற திகதி:  
 Year of conferring the degree } .....  
 වලංගු දිනය:  
 வழங்கு திகதி:  
 Date of Validity } .....
- 2.4 උපාධිය පිරිනැමූ ආයතනය:  
 பட்டம் பெற்ற நிறுவனம்:  
 Institute which conferred the degree } .....
- 2.5 විශ්වවිද්‍යාලය:  
 பல்கலைக்கழகம்:  
 University } .....
- 2.6 ආධුනික සීමාවාසික පුහුණුව සඳහා ගත කළ මුළු දින ගණන:  
 உள்முகப் பயிற்சி செய்த நாட்களின் எண்ணிக்கை:  
 Number of days spent for amateur internship training } .....
- අ) ආරම්භක දිනය:  
 ஆரம்பித்த திகதி:  
 Date of commencement } .....  
 ආ) අවසන් දිනය:  
 முடிவடைந்த திகதி:  
 Date of conclusion } .....
- 2.7 යම් හෙයකින් ආධුනික සීමාවාසික පුහුණුව නියමිත කාලසීමාව තුළ සම්පූර්ණ නොකළේ නම් ඊට හේතුව (පසුපිටෙහි උපදෙස් බලන්න)  
 .....  
 ஏதேனும் காரணத்திற்காக உள்முகப் பயிற்சியை குறிக்கப்பட்ட காலத்திற்குள் முடிவிக்காவிடின் அதற்கான காரணம். (அடுத்த பக்கம் அறிவுறுத்தலை பார்க்கவும்):.....  
 In case of failure to complete the internship training within the scheduled period of time, cause for the failure (Follow the guidance mentioned).....
- 2.8 යම් හෙයකින් ආධුනික සීමාවාසික පුහුණුව මාස හයක් ඉක්මවා ගිය පසු මෙම අයදුම්පත්‍රය ඉදිරිපත් කරන්නේ නම් එම ප්‍රමාදයට හේතුව (පසුපිටෙහි උපදෙස් බලන්න): .....  
 யாதாயினும் காரணத்திற்காக உள்முகப் பயிற்சியின் பின் ஆறு மாதம் சென்ற இவ்விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிப்பதாயின் அத்தாமதத்திற்கு ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய காரணத்தை உறுதி செய்தல் வேண்டும். (அடுத்த பக்கம் அறிவுறுத்தலை பார்க்கவும்):.....  
 In case of submitting the application after 6 months of the internship training cause for the delay. (Follow the guidelines mentioned).....
- 2.9 යම් හෙයකින් අයදුම්කරු යම් විදේශ විශ්වවිද්‍යාලයක උපාධිධාරියෙකු නම්  
 යෝග්‍යතා පරීක්ෂණයට පෙනී සිටි දිනය: .....  
 விண்ணப்பதாரர் வெளிநாட்டு பல்கலைக்கழக பட்டதாரியாயின் தகவத்திறன் பரீட்சைக்கு தோற்றிய திகதி:.....  
 If the applicant is a degree holder of a foreign university, the date of sitting for the eligibility test.....

තුන් වැනි කොටස / மூன்றாம் பகுதி / Third section

(55 (1) ඇ වගන්තිය ප්‍රකාර ලියාපදිංචිය අපේක්ෂා කරන ආයුර්වේද ශාස්ත්‍රී අභිඥාන පත්‍රධාරී වෛද්‍යවරුන් සඳහා පමණි.)  
 (55 (1) இ பிரிவின் பிரகாரம் பதிவினை எதிர்பார்க்கின்ற ஆயுர்வேத சாஸ்திரி டிப்ளோமாதாரி வைத்தியர்களுக்கு மட்டுமே)  
 (Only for Ayurvedic shastri noetic certificate holding physicians (ශාස්ත්‍රී අභිඥාන පත්‍රධාරී) who expects registration in pursuant to clause 55(1) E)

- 3.1 අංශය (ආයුර්වේද / සිද්ධ / යුනානි):  
 අමසම (ஆயுர்வேத / சித்த / யுனானி): } .....  
 Section (Ayurveda/ Siddha/ Unani)
- 3.2 තමා වෛද්‍ය කර්මය උගත් පරපුර / ආයතනය:  
 தாங்கள் வைத்தியம் கற்ற பரம்பரை / நிறுவம்:  
 Ancestral generation/ institution in which the medical occupation was studied: } .....
- 3.3 තමා වෛද්‍ය කර්මය උගත් ස්ථානයේ ලිපිනය:  
 தாங்கள் வைத்தியம் கற்ற இடத்தின் முகவரி:  
 Address of the place in which the medical occupation was studied: } .....
- 3.4 ආයුර්වේද ශාස්ත්‍රී විභාගය සඳහා ලියාපදිංචි වූ වර්ෂය:  
 ஆயுர்வேத சாஸ்திரி பரீட்சைக்கு பதிவு செய்த வருடம்:  
 Year of registration for Ayurvedic shastri certificate examination: } .....
- 3.5 අවසන් පරීක්ෂණය සමත් වූ වර්ෂය:  
 இறுதிப் பரீட்சையில் சித்தியடைந்த திகதி:  
 Year of getting through the final examination: } .....
- 3.6 ආයුර්වේද ශාස්ත්‍රී සහතිකය ලබාගත් වර්ෂය:  
 ஆயுர்வேத சாஸ்திரி சான்றிதழினை பெற்றுக்கொண்ட திகதி:  
 Year of obtaining the Ayurvedic shastri certificate: } .....

හතරවැනි කොටස/ நான்காம் பகுதி / Fourth section

(55 (1) ඉ වගන්තිය හෝ 55 (2) වගන්තිය ප්‍රකාර ලියාපදිංචිය අපේක්ෂා කරන පාරම්පරික වෛද්‍යවරුන් සඳහා පමණි.)

(55 (1) உ அல்லது 55(2) ஆ பிரிவின் பிரகாரம் பதிவினை எதிர்பார்க்கின்ற பாரம்பரிய ஆயுர்வேத வைத்தியர்களுக்கு மட்டுமே)

(Only for graduated physicians who expects registration in pursuant to clause 55(1) E or 55(1) B)

- 4.1 අංශය (ආයුර්වේද / සිද්ධ / යුනානි):  
අමසම (ஆயுர்வேத / சித்த / யுனானி):  
Section (Ayurveda/ Siddha/ Unani) : \_\_\_\_\_
- 4.2 තමා වෛද්‍ය කර්මය උගත් පරපුර / ආයතනය:  
தாங்கள் வைத்தியம் கற்ற பரம்பரை / நிறுவம்:  
Ancestral generation/ institution in which  
the medical occupation was studied : \_\_\_\_\_
- 4.3 තමා වෛද්‍ය කර්මය උගත් ආචාර්යවරයාගේ නම:  
தாங்கள் வைத்தியம் கற்ற குரு வைத்தியரின் பெயர்:  
Name of the educator from whom the medical  
occupation was studied: \_\_\_\_\_
- 4.4 තමා වෛද්‍ය කර්මය උගත් ස්ථානයේ ලිපිනය:  
தாங்கள் வைத்தியம் கற்ற இடத்தின் முகவரி:  
Address of the place where the medical occupation was studied: \_\_\_\_\_
- 4.5 තමා වෛද්‍ය අධ්‍යාපනය ආරම්භ කළ වර්ෂය හා අධ්‍යාපනය ලැබූ කාලය:  
தாங்கள் வைத்தியக் கல்வியை ஆரம்பித்த வருடமும் மற்றும் கல்வி கற்ற காலமும்:  
Year of commencement of the medical occupation and the period of education: \_\_\_\_\_
- 4.6 තමා ගුරුවරයා සමඟ මෙතෙක් ප්‍රතිකාර කළ රෝගීන් සංඛ්‍යාව:  
இதுவரை குரு வைத்தியருடன் சிகிச்சை பெற்ற நோயாளிகளின் எண்ணிக்கை:  
Number of patients treated so far with the educator \_\_\_\_\_
- 4.7 තමා ලියාපදිංචිය අපේක්ෂා කරනුයේ සාමාන්‍ය (සර්වාංශ) / විශේෂ වෛද්‍යවරයෙකුද යන්න සඳහන් කරන්න. (විශේෂ නම් අංශය සඳහන් කරන්න):  
தாங்கள் பதிவினை எதிர்பார்ப்பது பொது (சர்வாங்க) / விசேட வைத்தியராகவா என்பதை குறிப்பிடவும். (விசேடமாயின் பிரிவினை குறிப்பிடவும்):  
Mention whether you expect to register as a general physician (all body) or specialized physician.  
(If specialized mention the field of specialization): \_\_\_\_\_
- 4.8 තමා කර්මභාෂය ලැබූ වෙනත් විශේෂ අංශ ඇත්නම් ඒවා සඳහන් කරන්න.  
தாங்கள் வைத்தியம் கற்ற வேறு விசேட அம்சங்கள் இருப்பின் அவற்றைக் குறிப்பிடவும்:  
Mention other special fields of medical practice if any \_\_\_\_\_
- 4.9 තමා විභාගයට පෙනී සිටින භාෂා මාධ්‍යය (සිංහල / දෙමළ):  
தாங்கள் பரீட்சைக்கு தோன்றும் மொழி மூலம் (சிங்களம் / தமிழ்):  
Medium of language for sitting for the examination (Sinhala / Tamil): \_\_\_\_\_

පස් වැනි කොටස (අයදුම්කරුගේ ඉල්ලීම සහ ප්‍රතිඥාව)  
ஐந்தாம் பகுதி (விண்ணப்பதாரரின் வேண்டுகை மற்றும் உறுதி)  
Fifth section (Request and oath of the applicant)

ලේඛකාධිකාරී, ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව වෙත,

මම අයදුම්පත්‍රය භාරගෙන (සාමාන්‍ය (සර්වාංශ) වෛද්‍යවරයෙකු / විශේෂ වෛද්‍යවරයෙකු ලෙස ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවේ මා ලියාපදිංචි කරන ලෙස ඉල්ලා සිටිමි. .... වන මම මෙකී ඉහතින් සපයා ඇති තොරතුරු සහ කර ඇති ප්‍රකාශ සම්පූර්ණයෙන්ම සත්‍ය බව හා නිවැරදි බව අවංකව හා සත්‍ය ලෙස සහතික කොට දිවුරා ප්‍රකාශ කරමි. එසේම මෙම අයදුම්පත්‍රය සමග ඉදිරිපත් කර තිබෙන යම් තොරතුරක් අසත්‍ය හෝ වැරදි බව සනාථ වුවහොත් මෙම අයදුම්පත්‍රය ප්‍රතික්ෂේප කළ හැකි බව ද වෛද්‍ය ලියාපදිංචිය අවලංගු වීමට කාරණයක් වන බව ද පිළිගනිමි. (මෙය සාමදාන විනිශ්චයකාරවරයෙකු හෝ දිවුරුම් කොමසාරිස්වරයකු ඉදිරියේ දිවුරා අත්සන් කළයුතු වේ.)

பதிவாளர், ஆயுர்வேத வைத்திய சபை,

இவ்விண்ணப்பப்படிவத்தை பெற்றுக்கொண்டு பொது (சர்வாங்க) வைத்தியராக / விசேடவைத்தியராக ஆயுர்வேத வைத்திய சபையில் என்னைப் பதிவு செய்யும்படி வேண்டுகிறேன். .... ஆகிய நான் மேலே தரப்பட்ட விபரங்கள் யாவும் உண்மை என்பதனையும் தவறில்லை என்பதனை, முழுமனதுடன் உறுதிப்படுத்தி சத்தியம் செய்துகொள்கிறேன். அத்துடன் இவ்விண்ணப்பப்படிவத்துடன் சமர்ப்பித்துள்ள ஏதேனும் விபரம் பொய் எனவோ அல்லது பிழை எனவோ உறுதி செய்யப்பட்டால், விண்ணப்பப்படிவத்தை நிராகரிக்க அல்லது வைத்திய பதிவை ரத்துச் செய்யப்படும் என்பதையும் ஏற்றுக்கொள்கிறேன். (சமாதான நீதவான் முன்னிலையில் அல்லது சத்தியப்பிரமாணம் எடுத்தவர் முன்னிலையில் கையொப்பம் இடல் வேண்டும்.)

To The Registrar, Ayurvedic Medical Council,  
Please accept this application form and make arrangements to register me general physician / specialized physician in the Ayurvedic Medical Council. I..... hereby genuinely and truly assure that the above mentioned particulars given by me and the statements made by me are completely true and accurate to the best of my knowledge. I accept the fact that the management has the fullest authority to reject the application or Cancellation of the Medical Registration in case of inclusion of any false information. (This should be signed by swearing in front of a Justice of Peace or commissioner of oaths).

දිනය: }  
திகதி: }  
Date: }

.....  
අයදුම්කරුගේ අත්සන/விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்  
Signature of the Applicant

20..... මස ..... වැනි දින ..... දී මා ඉදිරියේ දී සහතික කර දිවුරා අත්සන් කරන ලදී.

20..... மாதம் ..... தினத்தன்று சத்தியப் பிரமாணம் செய்து என்முன்னால் கையொப்பம் இடப்பட்டது.

Sworn and signed at my presence on the ..... of .....20.....

දිනය: }  
திகதி: }  
Date: }

.....  
සාමදාන විනිශ්චයකාර / දිවුරුම් කොමසාරිස්වරයාගේ අත්සන  
சமாதான நீதவான் / சத்தியப் பிரமாணம் எடுத்தவரின் கையொப்பம்  
Signature of the Justice of Peace/ Commissioner for Oaths

නම: }  
பெயர்: }  
Name : }  
.....  
ලිපිනය: }  
முகவரி: }  
Address : }  
.....

**හය වැනි කොටස/ ஆறாம் பகுதி / Sixth section**

අයදුම්පත්‍රය සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතු ලේඛන සහ අයදුම් පත්‍රය පිරවීම සඳහා උපදෙස්  
விண்ணப்பப்படிவத்தை நிரப்புவதற்கான அறிவுரைகளும் விண்ணப்பப்படிவத்துடன் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டிய படிவங்களும்  
Documents submitted with the application form and guidelines to fill the application form

(සැ. ප්‍ර. අයදුම්පත්‍රය මාස 03 ක් ඇතුළත සම්පූර්ණ කර වෛද්‍ය සභා කාර්යාලයට භාර දිය යුතුයි.)  
(குறிப்பு: விண்ணப்பப்படிவத்தை நிரப்பி 03 மாதத்திற்குள் வைத்திய சபை பணிமனைக்கு சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.)  
(N.B- Application should be completed within 03 months and handed over to the medical council office).

**උපදෙස්/அறிவுறுத்தல்/Guidelines**

- නිසි පරිදි සම්පූර්ණ නොකොට එවන අයදුම්පත් ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට හැකි හෙයින්, මෙය නිවැරදිව සහ සම්පූර්ණව අයදුම්කරු විසින් අත් අකුරින් පිරවිය යුතුයි.  
முறைப்படி பூரணமாக நிரப்பப்படாத விண்ணப்பங்கள் ஏற்றுக்கொள்ளப்படமாட்டாது. எனவே, விபரங்கட்கு அமைய தவறின்றி விண்ணப்பதாரர் தமது சொந்த கையெழுத்தில் பூரணமாக நிரப்பதல் வேண்டும்.  
The applicant should fill the form in handwriting accurate and complete since the incomplete applications can be rejected.
- සෑම අයදුම්කරුවෙක්ම රෙජිස්ට්‍රාර් ජනරාල් කාර්යාලයෙන් හෝ දිස්ත්‍රික් රෙජිස්ට්‍රාර් කාර්යාලයෙන් ලබාගත් උප්පැන්න සහතිකයක් අයදුම්පත සමඟ එවිය යුතුයි.  
'சகல விண்ணப்பதாரர்களும் பதிவாளர் நாயகத்தின் அலுவலகத்திலிருந்தேனும் மாவட்ட பதிவாளர் அலுவலகத்திலிருந்தேனும், பெறப்பட்ட பிறப்புச் சான்றிதழ் அனுப்பப்படல் வேண்டும்.  
Each applicant should send a Birth Certificate obtained from the Registrar General's office or District Registrar office along with the application.
- ආයුර්වේද උපාධිධාරීන් සඳහා විශ්වවිද්‍යාලයේ උපාධිය සමත්ව ඇති බවට අධ්‍යක්ෂ විසින් නිකුත් කළ සහතිකයක් අයදුම්පත සමඟ එවිය යුතුයි.  
ஆயுர்வேத பட்டதாரிகள் பல்கலைக்கழகப் பணிப்பாளரிடமிருந்து பெறப்பட்ட பரீட்சை அத்தாட்சிப் பத்திரம் இணைக்கப்படல் வேண்டும்.  
Ayurvedic graduates should send a certificate issued by the Director of the University, confirming the graduation along with the application.
  - යම් හෙයකින් ආධුනික සීමාවාසික පුහුණුව නියමිත කාලසීමාව තුළ සම්පූර්ණ නොකළේ නම් ඊට හේතුව ලිඛිතව සනාථ කළ යුතුයි.  
யாதாயினும் காரணத்திற்காக உள்முகப் பயிற்சியை குறிப்பிட்ட காலப்பகுதியில் முடிக்காவிடின் அதற்கான காரணத்தை எழுத்து மூலம் உறுதி செய்தல் வேண்டும்.  
In case of not completion of the amateur internship training during the scheduled time period the cause for the incompleteness should be substantiated in writing.
  - යම් හෙයකින් ආධුනික සීමාවාසික පුහුණුවෙන් මාස හයක් ඉක්මවා ගිය පසු මෙම අයදුම්පත්‍රය ඉදිරිපත් කරන්නේ නම් එම ප්‍රමාදයට හේතුව පිළිගත් සහතික මගින් සනාථ කළ යුතුයි.  
யாதாயினும் காரணத்திற்காக உள்முகப் பயிற்சியின் பின் ஆறு மாதம் சென்ற பின் இவ்விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிப்பதாயின் அத்தாமதத்திற்கு ஏற்றுக்கொள்ளக் கூடிய காரணத்தை உறுதி செய்தல் வேண்டும்.  
In case of submitting the application after 6 months of the internship training, cause for the delay should be substantiated with acceptable certificates.
- ආයුර්වේද ශාස්ත්‍රී අභිඥානපත්‍රධාරීන් ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවෙන් නිකුත් කළ සහතිකයේ සත්‍ය පිටපතක් එවිය යුතුයි.  
ஆயுர்வேத சாஸ்திரி டிப்ளோமாதாரர் ஆயுர்வேத திணைக்களத்தால் வழங்கப்பட்ட சான்றிதழ் சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.  
Ayurvedic shastri noetic certificate holders should send a true copy of the certificate issued by the Ayurvedic Department.

