

දරුවකු ප්‍රසූත කරන සෑම මවකටම පෝෂ්‍යදායී ආහාර ලබා ගැනීම සඳහා රුපියල් 20,000 ක දීමනාවක් ලබාදීමේ වැඩසටහන 2015/2016

මව්වරුන් ලියාපදිංචි කිරීමේ අයදුම්පත්‍රය

01. ගර්භනී මවගේ නම :-	
02. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-	03. දුරකථන අංකය :-
04. ගර්භනී මවගේ ලිපිනය :-	05. සායනික ස්ථානයේ නම :-
06. ග්‍රාම නිලධාරී වසම :-	07. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය :-
08. ගර්භනී මවගේ වයස :-	09. ඔබ ගර්භනී වී කොපමණ සති ගණනක් ගතවී ඇත්ද? දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු නම් කොපමණ මාස ගණනක් ගතවී ඇත්ද?
10. මෙය කී වෙනි ගර්භනී භාවයද?	11. දැනට සිටින දරුවන් ගණන?
12. ආබාධිත දරුවන් සිටී නම් කොපමණද?	
13. ගර්භනී මවගේ රැකියාව :-	
14. ස්වාමී පුරුෂයාගේ රැකියාව :-	
15. භාණ්ඩ මිලදී ගැනීම සඳහා ඔබ වෙනුවට නම් කරන නියෝජිතයාගේ නම :- ඉහත තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ගර්භනී මවගේ අත්සන දිනය :-.....	ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය I පදිංචි වසම :- II මාසික ආදායම :- ග්‍රාම නිලධාරී අත්සන
පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ සහතිකය මෙම කාන්තාව ගර්භනී මවක්/කිරිදෙන මවක් ලෙස ලියාපදිංචි කර ඇත.(ලියාපදිංචි අංකය) කිරිදෙන මවක් නම් දරුවාගේ උපන් දිනය:- පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ අත්සන දිනය :-.....	සායන භාර වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය BMI අගය:-..... හිමොග්ලොබින් ප්‍රමාණය:-..... විශේෂ නිරීක්ෂණ :-..... මෙම මවගේ ගර්භයට කොපමණ සති ගණනක් ගතවී ඇත්ද?..... සායන භාර වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ අත්සන දිනය :-.....
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය අනුමත කරමි / අනුමත නොකරමි. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන දිනය :-.....	මුද්දර පත්‍රිකාව ලබා දීම මෙම ගර්භණී /කිරිදෙන මවට 201..... මස සිට 201..... මස දක්වා ඉහත දීමනාව ලබා දීම අනුමත වී ඇත. කුපන්පත්‍ර කාණ්ඩ වර්ණය යටතේ කුපන් පත්‍රිකා ලැබීමට හිමිකම් ඇත (අදාල හිස්තැනෙහි කුපන් පත්‍ර කාණ්ඩ වර්ණය (කහ,නිල්,රෝස) සඳහන් කරන්න). අංක.....මුද්දර(.....)අවලංගු කරන ලදී. (චක්‍රලේඛයේ පරිදි) විෂය භාර නිලධාරී

වැදගත් - ගර්භනී සටහන් පතේ සහතික කළ ඡායා පිටපතක් අමුණා එවිය යුතුය. නිලධාරීන් අත්සන් තබන සෑම ස්ථානයකම තම මුද්‍රාව තැබිය යුතුය.

කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය පිණිසයි.

ලියාපදිංචි අංකය හා දිනය	දිස්ත්‍රික්කය	ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කොට්ඨාශය	පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරී කොට්ඨාශය