අර්ධ රාජ්‍ය සේවකයින් සඳහා අග්‍රහාර වෛද්‍ය රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය

01. වාසගම සමඟ සම්පූර්ණ නම : .....

.....

02 .පෞද්ගලික ලිපිනය : .....

.....

03. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය : .....

04. වර්තමාන තනතුර : .....

05. දායකයාගේ දුරකථන අංකය : ජංගම: ..... කාර්යාලය : .....

06. ආයතනයේ නම : .....

07. කාර්යාල ලිපිනය : .....

08. දායකත්වය දැරීමට කැමැති නව රක්ෂණ යෝජනා ක්‍රමය : රන් යෝජනා ක්‍රමය ☐

අග්‍රහාර රන් /රිදී යෝජනා ක්‍රමය වෙනුවෙන් මාගේ වැටුපෙන් රු.1,000 අයකිරීමට එකඟතාවය පලකරමි.

....

දිනය අයදුම්කරුගේ අත්සන

09. ආයතන ප්‍රධානියගේ නිර්දේශය : නිර්දේශ කරමි / නොකරමි

නම : .....

තනතුර : .....

අත්සන : .....