

මට්ටමින් ලියාපදිංචි කිරීමේ අයදුම්පත්‍රය

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

වැදගත් - ගර්භනී සටහන් පමණක් සහතික කළ ඡායා පිටපතක් අමුණා එවිය යුතුය. නිලධාරීන් අත්සන් තබන හැම ස්ථානයකම කළු මුද්‍රාව තැබිය යුතුය.

කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා පිණිසයි.

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