

හෝමියෝපති වෛද්‍ය වෘත්තිකයින් ලියාපදිංචි කිරීම

2016 අංක 10 දරන හෝමියෝපති පනතේ 30(1) වගන්තිය ප්‍රකාරව 2024.07.26 දිනට හෝමියෝපති වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදුණු බවට වසර 05කට නොඅඩු කාලයක් සහතික කළ හැකි ශ්‍රී ලාංකිකයන්ගෙන් ලියාපදිංචි විභාගය සඳහා අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ.

මෙම නිවේදනය සමග වන ආකෘතියට අනුව අයදුම්පත ඉංග්‍රීසි භාෂාවෙන් පැහැදිලි කැපිටල් අකුරු වලින් පුරවා පහත දැක්වෙන ලේඛන හා අයදුම්පත් පරීක්ෂා කිරීමේ ගාස්තුව වන රු.3,000.00ක මුදල ලංකා බැංකුවේ හෝමියෝපති අරමුදලේ 0002026466 යන ගිණුම් අංකයට බැර කර එහි මුල් පිටපතද අමුණා වෛද්‍ය සභාව වෙත යොමු කළ යුතුය.

1. ග්‍රාම නිලධාරී විසින් නිකුත් කරනු ලබන සහතිකයක්;
2. හෝමියෝපති ඖෂධ මිලදී ගැනීමේ බිල්පත් සහ රසීට්පත්;
3. හෝමියෝපති ලිපිගොනු වාර්තා;
4. අදාළ පළාත් පාලන ආයතනය විසින් නිකුත් කරනු ලබන සහතිකය;
5. ස්වකීය සායන පරිශ්‍ර සඳහා අදාළ පළාත් පාලන ආයතන විසින් නිකුත් කරනු ලබන ගෙවීම් රසීට්පත්;

අයදුම්පත් භාර ගැනීමේ අවසාන දිනය **2024 සැප්තැම්බර් මස 13** දින වන අතර එදිනට පෙර "**ලේඛකාධිකාරී, අංක 94, ෂෙල්ටන් ජයසිංහ මාවත, වැලිසර, රාගම**" යන ලිපිනයට ලියාපදිංචි නැවැත් හෝ පැමිණ හෝ වෛද්‍ය සභාව වෙත අයදුම්පත් ලැබීමට සැලැස්විය යුතුය.

ලේඛකාධිකාරී (වැ.බ.),
නො.94, ෂෙල්ටන් ජයසිංහ මාවත,
වැලිසර, රාගම.

Format of Application



HOMEOPATHIC MEDICAL COUNCIL HOMEOPATHIC PRACTITIONER'S REGISTRATION EXAMINATION

Under Section 30(1) of Homeopathy Act, No. 10 of 2016
Application Form

Office Use
 Reference No :
 Date of Receipt :

Medium :- Sinhala
 Tamil
 English

1. Full Name (in BLOCK CAPITAL) :
2. Name with Initials :
3. Postal Address (In BLOCK CAPITAL) :
 No :
 Street / Village
 City : Postal Code :
4. Date of Birth : 5. Age :
6. Sex : F/M
7. National ID No :

8. Telephone Number :
 Home : Clinic : Mobile :
9. Permanent/Residential Address :

10. Grama Niladhari Division :
11. Divisional Secretary Division :
12. Police Division :
13. Place and Address of Practice :
14. Period of Practice :
15. Time allocated for Homeopathic Practice :
16. (i) Are you engaged in any other vocation ? Yes / No
 (ii) If yes give details :
17. How do you obtain your Homeopathic Medicines and Utilities ?
18. Educational Qualifications : G. C. E. (O/L) Year :

Subjects	Grade
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

G.C.E. (A/L) Year :

Subjects	Grade
1	
2	
3	
4	

19. Medical or other Professional Qualifications (if any) :
20. Proficiency in English :
 (i) Written : (ii) Communication :
21. (i) Have you ever applied for Homeopathic registration under Section 27 of Homeopathy Act No. 7 of 1970 ?
 Yes/No
 (ii) If yes, give details :
22. Declaration :
 I the undersigned.....of do hereby declare that all the information given by me in this application are true to the best of my knowledge. I accept that any of the information given by me in this application is in anyway false or incorrect, my application may be rejected. I am also aware that it is a violation of the Homeopathy Act to provide false information. Having known them I do affix my signature aton theday of20

Date : Signature :

23. Certification :
 I, the Grama Niladhari of GS Divisiondo hereby certify that the applicant is a resident of the above division and he/she is in homoeopathic practice since
- Name :
 GS Division :
 Date : Signature :
24. Certificate of Divisional Secretary :
 I certify that the above statement is true and correct.
 Date : Signature :

Official Use

Date of Receipt	Interview held on

- (a) Name of the Candidate :
- (b) NIC No :
- (c) Reference No :
- (d) Result : Selected Rejected
- (e) Signature of Members of interview board.

Name	Signature
1.
2.
3.
4.
5.
- (f) Comments, if any :
- (g) Confirmed by the Registrar : Yes / No
- (h) Signature of the Registrar :

Second Schedule

Application Processing Fees

Fee Type	Amount of Fee (Rs.)
Application Scrutinizing Fee	3,000
Examination Fee and Guide	8,000
Referred Examination Fee per Subject	7,000

Third Schedule

Fees for the Certificate of Registration

Fee Type	Amount of Fee (Rs.)
Registration Fee	5,000
Revalidation Fee	3,000