



බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකය
External Degrees and Extension Courses Unit
ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලය
University of Sri Jayewardenepura

ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලයේ

428 වැනි සනාතන සභාව විසින් අනුමත කරන ලද විශේෂ කරුණු

පරීක්ෂණයට පෙනී නොසිටීම සම්බන්ධයෙන් වෛද්‍ය සහතික ඉදිරිපත් කිරීම

- රෝගී තත්ත්වයේ ස්වරූපය මත, අසනීප නිසා මුළු විභාගය හෝ විභාගයේ අදාළ කොටසකට හෝ පෙනී නොසිටින බාහිර විභාග අපේක්ෂකයන් ඒ බව විභාගය ආරම්භ වීමට අවම වශයෙන් **විනාඩි තිහකට පෙර** පෙර විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය නිලධාරී වෙත වාර්තා කළ යුතු ය. ඊට අදාළ වෛද්‍ය සහතිකය පෙනී සිටීමට නොහැකි වූ මුළු විභාගය හෝ පෙනී සිටීමට නොහැකි වූ විභාගයේ අදාළ කොටස නිම වී දින 14ක් ඇතුළත බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකයේ සහකාර/ ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර/ නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී/ විභාග වෙත ලැබීමට සැලැස්විය යුතු ය.
- නොවැළැක්විය හැකි හේතුවක් මත එසේ කිරීමට අපොහොසත් වන අපේක්ෂකයන් එම හේතුව සනාථ කරමින් සාක්ෂි සමග තමා පදිංචි ප්‍රදේශයේ රජයේ ආරෝග්‍ය ශාලාවකින් ලබා ගත් වලංගු වෛද්‍ය සහතිකයක් පෙනී සිටීමට නොහැකි වූ මුළු විභාගය හෝ පෙනී සිටීමට නොහැකි වූ විභාගයේ අදාළ කොටස නිම වී දින 14ක් ඇතුළත බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකයේ සහකාර/ ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර/ නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී/ විභාග වෙත ලැබීමට සැලැස්විය යුතු ය.
- පෞද්ගලික වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර කරනු ලබන රජයේ පිළිගත් බටහිර, ආයුර්වේද හෝ හෝමියෝපති වෛද්‍යවරුන්ගෙන් ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා අපේක්ෂකයෙකු තමා ලබාගත් වෛද්‍ය සහතිකය විශ්වවිද්‍යාලයේ ප්‍රධාන වෛද්‍ය නිලධාරී හමු වී ඔහු ලවා සහතික කරවා ගත යුතු ය. එම සහතිකය පෙනී සිටීමට නොහැකි වූ විභාගය හෝ පෙනී සිටීමට නොහැකි වූ විභාගයේ අදාළ කොටස නිම වී දින 14ක් ඇතුළත බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකයේ සහකාර/ ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර/ නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී/ විභාග වෙත ලැබීමට සැලැස්විය යුතු ය.

අයදුම්පත ඉදිරිපත් කිරීම සඳහා උපදෙස්

1. ඔබ විසින් වෛද්‍ය සහතික ඉදිරිපත් කිරීමේදී මේ සමග ඇති අයදුම්පත (සිංහල හෝ ඉංග්‍රීසි යන ඕනෑම මාධ්‍යයකින්) බාගත කරගෙන නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර ඒ සමග අමුණා **ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර ලේඛකාධිකාරී, බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකය, තැපැල් පෙට්ටිය අංක 10, ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලය, ගංගොඩවිල, නුගේගොඩ** යන ලිපිනයට ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් පමණක් එවිය යුතුය. (ඡායාපිටපත් ලඟ තබාගන්න)
2. ඉහත දක්වා ඇති 428 වන සනාතන සභාව මගින් අනුමත කරුණු හොඳින් කියවා බලා ඒ අනුව වලංගු වෛද්‍ය සහතික පමණක් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

3. කිසිදු අවස්ථාවක විභාග මධ්‍යස්ථානයේදී සේවක හවතුන්ට හෝ ප්‍රශ්න පත්‍රය සමග අමුණා හෝ විභාග ප්‍රවේශ පත්‍රය සමග අමුණා විභාග ශාලාවේදී හෝ භාර දීම නොකල යුතුය. එසේ භාරදෙන වෛද්‍ය වාර්තා සම්බන්ධයෙන් බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකය වගකියනු නොලැබේ.

සැලකිය යුතුය

- වෛනික ලෙස වෛද්‍ය සහතිකවල තොරතුරු වෙනස් කිරීම, රජයේ රෝහලකින් ලබාගත් වෛද්‍ය සහතික ඉදිරිපත් නොකිරීම, වෛද්‍ය සහතිකය විභාගය පැවති දිනයත් සඳහා අදාළ නොවීම, පුනර් අපෙක්ෂකයෙකු වශයෙන් වෛද්‍ය සහතික ඉදිරිපත් කිරීම යන කරුණු මත වෛද්‍ය සහතික ප්‍රතික්ෂේප වන බව සලකන්න.
- වෛද්‍ය සහතික ඉදිරිපත් කිරීම හේතුවෙන් නැවත අදාළ පරීක්ෂණයට පෙනී සිටීමේදී ගාස්තු නිදහස් කිරීම් සිදු නොවේ.



ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර ලේඛකාධිකාරී

බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකය



බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකය
External Degrees and Extension Courses Unit
ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලය
University of Sri Jayewardenepura

බාහිර උපාධි පරීක්ෂණ සඳහා නොපැමිණීමට හේතු ඉදිරිපත් කිරීමේ අයදුම්පත
 (උපාධි පරීක්ෂණය අවසන් වී දින 14 ක් ඇතුළත මෙය ඉදිරිපත් කළ යුතුය. වංචනික ලෙස තොරතුරු වෙනස් කරන ලද වෛද්‍ය සහතික ප්‍රතික්ෂේප වේ.)

උපාධි පාඨමාලාව :
 විභාග අංකය :
 සම්පූර්ණ නම :
 උපාධි කොටස : I කොටස II කොටස III කොටස
 පරීක්ෂණය පැවැත්වූ වර්ෂය හා මාසය :
 දුරකථන අංකය :
 ලිපිනය :
 විද්‍යුත් තැපැල් ලිපිනය :
 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

විෂය කේතය	විෂය නාමය	පරීක්ෂණය පැවැත්වූ දිනය	පිළිගත හැකියි (කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)

වෙනත් විස්තර (ඇත්නම් සඳහන් කරන්න)

.....

• අදාල වෛද්‍ය සහතික මේ සමඟ අමුණා ඇත.

අයදුම්කරුගේ අත්සන : දිනය :

(කාර්යාල ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)

නම	අත්සන	දිනය
පරීක්ෂා කලේ :
ලකුණු සඳහා ඇතුළත් කලේ:
වෙනත් :
.....

නියෝජ්‍ය ලේඛකාධිකාරී / සහකාර ලේඛකාධිකාරී (බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකය)



බාහිර උපාධි හා විස්තාරිත පාඨමාලා ඒකකය
External Degrees and Extension Courses Unit
 ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලය
University of Sri Jayewardenepura

Absence Justification Form

(Submit this form within 14 days after the exam. Fraudulently changed medical certificates will be rejected)

Name of the Degree :

Index Number :

Name in Full :

Degree Year : Part I Part II Part III

Exam Year and Month :

Contact No :

Address :

E-mail address :

NIC Number :

Course Code	Course Title	Exam Date	Accepted (for office use)

Other details :

.....

- Medical Certificate is attached herewith.

Signature of Applicant : Date :

(For office use only)

	Name	Signature	Date
Checked by:

Implemented by :

Remarks :

.....

Deputy Registrar/Assistant Registrar (External Degrees and Extension Courses Unit)