

APPLICATION FOR MEDICAL GRANT BY SRI LANKA NAVAL ASSOCIATION

- 01. Applicant Name :-
- 02. Rank/Rate at the time of Discharge / Retired from SLN
- 03. SLNA Membership No. :- SLN/..... Official No :-
- 04. Postal Address :-
- 05. National ID No :-Telephone No
- 06. Nature of Surgery/Medical Condition:-
(Please attach Medical Documents/Bill

Date :-

.....
Signature of Applicant

OFFICE USE ONLY

MEDICAL BOARD RECOMMENDATION

.....
Signature
Name

.....
Signature
Name

.....
1) **By Hony Secretary**

Payment of Rs. is Recommended/No Recommended

Date

Signature :-

02) **By Hony President**

Approved/Not Approved

Date :-

Signature :-

03) **By Hony Treasurer**

Payment Rs.made vide Cheque No Dated.....

Payment of Medical Grants entered in the Data Base
Computer Operators Name:-
Date Signature

Date :-

ශ්‍රී ලංකා භාවික හමුදා සංගමය වෙතින් වෛද්‍ය ආධාර ලබා ගැනීමේ ඉල්ලුම් පත

1. සාමාජිකයා/සාමාජිකාව ගේ නම :-
2. ශ්‍රී ලංකා භාවික හමුදාවෙන් ඉවත්ව යන විට/විශ්‍රාම යන විට නිලය/තරාතිරම
3. ශ්‍රී ලංකා භාවික හමුදා සංගමයේ සාමාජික අංකය :- SLN/නිල අංකය
4. තැපැල් ලිපිනය :-
5. ඉල්ලුම් කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- දුරකථන අංකය
6. ගලපු කාර්යයේ ස්වභාවය/රෝගී තත්වය :-
(කරුණාකර වෛද්‍ය සහතික/බිල් අමුණා එවන්න)
.....

දිනය :-
.....
 ඉල්ලුම් කරුගේ අත්සන

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා

වෛද්‍ය මණ්ඩල නිර්දේශය

අත්සන
 නම.....
අත්සන.....
 නම

1. ගරු ලේකම් විසින්

ඉහත සාමාජිකයා/සාමාජිකාව වෙත වෛද්‍ය ආධාර වශයෙන් රු. ක් ලබා දීමට වෛද්‍ය මණ්ඩලය විසින් නිර්දේශ කර ඇත/නැත එබැවින් අයදුම්පත නිර්දේශ කෙරේ/නොකෙරේ.

දිනය
.....
 අත්සන

2. ගරු සහායක විසින්

අනුමත කෙරේ/නොකෙරේ

දිනය
.....
 අත්සන

3. ගරු භාණ්ඩාගාරික විසින්

රු. වටිනා අංක..... දරණ..... දිනැති ප්‍රේෂණ පත මගින් ගෙවීම සිදු කරන ලදී

දිනය
.....
 අත්සන

වෛද්‍ය ආධාර දීමනා ගෙවීම පරිඝණක ගත කරන ලදී.
 පරිඝණක ක්‍රියාකරුගේ නම :-.....
 දිනය අත්සන

