

APPLICATION FOR SPECTACLE 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. Medical recommendation for spectacle:-
- (Please attach Medical Documents/Bill

Date :-

.....
Signature of Applicant

OFFICE USE ONLY

MEDICAL BOARD RECOMMENDATION

.....

.....

.....

1) **By Hony Secretary**

Medical board has recommended to pay Rs..... to the member as medical grant hence request is recommended /Not Recommended.

Date

Signature :-

02) **By Hony President**

Approved/Not Approved

Date :-

Signature :-

03) **By Hony Treasurer**

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

Date :-

Payment of Spectacle Grants entered in the Data Base

Computer Operators Name:-

Date Signature

**ශ්‍රී ලංකා නාවික හමුදා සංගමය වෙතින්
ඇස් කණ්ණාඩි දීමනා ලබා ගැනීමේ ඉල්ලුම් පත**

1. සාමාජිකයා/සාමාජිකාව ගේ නම :-
2. ශ්‍රී ලංකා නාවික හමුදාවෙන් ඉවත්ව යන විට/විශ්‍රාම යන විට නිලය/තරාතිරම
3. ශ්‍රී ලංකා නාවික හමුදා සංගමයේ සාමාජික අංකය :- SLN/නිල අංකය
4. තැපැල් ලිපිනය :-
5. ඉල්ලුම් කරුගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- දුරකථන අංකය
6. ඇස් කණ්ණාඩි ලබා දීම සඳහා වෛද්‍ය නිර්දේශය :-
(කරුණාකර වෛද්‍ය සහතික/බිල් අමුණා එවන්න)

දිනය :-
.....
ඉල්ලුම් කරුගේ අත්සන

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා

වෛද්‍ය මණ්ඩල නිර්දේශය

.....

1. ගරු ලේකම් විසින්

ඉහත සාමාජිකයා/සාමාජිකාව වෙත ඇස් කණ්ණාඩි දීමනා 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 ගෙවීම් සිදු කරන ලදී

දිනය
.....
අත්සන

ඇස් කණ්ණාඩි දීමනා ගෙවීම පරිඝණක ගත කරන ලදී.
 පරිඝණක ක්‍රියාකරුගේ නම :-.....
 දිනය අත්සන