

ප්‍රාදේශීය ලේකම්,

.....

**අක්ෂි කාව බද්ධ කිරීමේ ශ්‍රේණිකර්මය සිදු කල බවට වෛද්‍ය වාර්තාව - 2025**

- ප්‍රතිලාභියාගේ නම :-.....
- ලිපිනය :-.....
- හැඳුනුම්පත් අංකය :-.....
- ප්‍රාදේශීය ලේකම් කාර්යාලය :-.....
- ශ්‍රේණිකර්මය සිදුකල රෝහල :-.....

..... මයා/ මීය ගේ ශ්‍රේණිකර්මය සාර්ථකව සිදුකල බව මෙයින් සහතික කරමි.

- වෛද්‍යවරයාගේ නම :- .....

අත්සන :- ..... දිනය:- .....

- නිල මුද්‍රාව :-

අධ්‍යක්ෂ,  
වැඩිහිටි මහලේකම් කාර්යාලය.

අවශ්‍ය ඉදිරි කටයුතු සඳහා ඉදිරිපත් කරමි.

.....

ප්‍රාදේශීය ලේකම්