



රෝගීන් ලියාපදිංචි කිරීමේ පෝරමය
(මෙය රෝගියා හෝ භාරකරු විසින් අනිවාර්යෙන්ම සම්පූර්ණ කළ යුතුය.)

රෝගියා පිළිබඳ විස්තර - මහත්මයා /මහත්මිය/මෙනවිය/පුජ්ජා/පුදුරු

වාසගම (අගට යෙදෙන නම)	:																																						
මුලකුරු	:																																						
හැඳුනුම්පත් අංකය/ පාස්පෝට් අංකය	:																																						
උපන් දිනය	:	දිනය :								මාසය :											වර්ෂය :																		
ලිපිනය නිවස	:																																						
කාර්යාලය	:																																						
දුරකථන අංක	:	නිවස :								කාර්යාලය:											ජංගම :																		
රැකියාව කරන ආයතනයේ නම	:																																						
විවාහක/අවිවාහක බව	:	විවාහක :								අවිවාහක:																													
ජාතිය	:																																						
ආගම	:																																						

භාරකරුගේ සම්පූර්ණ නම	:																																						
ලිපිනය	:																																						
හැඳුනුම්පත් අංකය/ පාස්පෝට් අංකය	:																																						
දුරකථන අංක	:	නිවස :								කාර්යාලය :											ජංගම :																		
යොමු කරනු ලබන වෛද්‍යවරයා	:																																						

මුදල් ගෙවීම් කරනු ලබනුයේ- රෝගියා/භාරකරු/සමාගම/රක්ෂණය මගිනි

දිනය :.....
රෝගියා/භාරකරුගේ අත්සන

Receptionist ID No :.....