



බුලත්සිංහල ප්‍රාදේශීය සභා ශරීර සුවතා මධ්‍යස්ථානයේ සාමාජික අයදුම්පත

දුරකතන අංකය - 0342283175

ඊ මේල් - bulathsinghalaps@yahoo.com

සැලකිය යුතුය

- අයදුම්පත්‍රය නිවැරදිව සම්පූර්ණ කල යුතුය.
- අයදුම්පත්‍රය බුලත්සිංහල ප්‍රාදේශීය සභාවේ ප්‍රජා සංවර්ධන අංශයට භාර දිය යුතුය.

පෞද්ගලික තොරතුරු

- සම්පූර්ණ නම -.....
- මුලකුරු සමඟ නම -.....
- උපන් දිනය -.....
- ලිපිනය -.....
- ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය -.....
- ඔබ ප්‍රාදේශීය සභා සේවයේ නියුතුද? ඔව් / නැත
- ග්‍රාම සේවක වසම -.....
- ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -.....
- ඔබ අයත් පළාත් පාලන ආයතනය -
- දුරකතන අංක
 - ගෘහස්ත -
 - ජංගම -
- ඊ - මේල් -
- ඔබට ආබාධිත තත්වයක් තිබේද? ඔව් / නැත
- ඔව් නම් විස්තර සපයන්න -

හදිසි අවස්ථාවකදී දැනුම් දිය යුතු අයගේ තොරතුරු

- දැනුම් දිය යුතු අයගේ නම -.....
- ගෘහස්ත දුරකතන අංකය -.....
- ජංගම දුරකතන අංකය -.....
- ඥාතීත්වය -.....

ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් නිරීක්ෂණ ප්‍රශ්නාවලිය

	ඔව්	නැත
▪ ඔබ ව්‍යායාම කිරීමේ අපහසුවකින් පෙළුනි ද ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ව්‍යායාම වලින් වැලකීමේ වෛද්‍ය උපදෙස් ලබා දී තිබුණි ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ඔබ කිසියම් හෘදයාශ්‍රිත රෝගයකින් පෙළුනි ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ඔබ කිසියම් ශ්වසන අපහසුතාවයකින් පෙළුනි ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ඔබ ඉරුවාරදය, ක්ලාන්තය, ශරීරයේ අසමබරතාවයකින් පෙළී තිබේ ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ අස්ථි හා සන්ධි රෝග වලින් පෙළී ඇත් ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ඔබගේ පවුලේ අයෙකුට හෘද රෝග වැලඳී තිබේ ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ඔබ ව්‍යායාම වල යෙදෙන අවස්ථා වල පසුවේ වේදනාවකින් පෙළෙන්නේ ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ඔබ අධි රුධිර පීඩනයෙන් පෙළෙන්නේ ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ඔබ කොලෙස්ටෙරෝල් රෝගී තත්වයෙන් පෙළෙන්නේ ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ඔබ වර්තමානයේ දී වෛද්‍ය උපදෙස් යටතේ ප්‍රතිකාර ලබා ගන්නේ ද?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

මෙහි සඳහන් පිළිතුරු වලට ඔව් නම් අදාල රෝගී තත්වයන්ට සම්බන්ධ ලිපි ලේඛණ ඇතුළත් විස්තරය සපයන්න.

පොදු කොන්දේසි හා නියමයන්

- කායවර්ධන මධ්‍යස්ථානය මගින් ඔබ වෙත ලබා දී ඇති කාල සටහනට අනුව නියමිත වේලාවට පුහුණු කටයුතු සඳහා පැමිණිය යුතුය.
- ගොඩනැගිලි පරිශ්‍රයේ හෝ එම භූමියේ කිසියම් දේපලකට හානි සිදු වීමට කටයුතු නොකල යුතුය.
- ශාලාවේ හෝ ආයතන පරිශ්‍රයේ දුම්පානය, මත්පැන් පානය සිදු නොකල යුතුය.
- සෑම මසකම පලමු සතියේ පුහුණුවට පැමිණෙන මුල් දින ප්‍රාදේශීය සභාවට අදාල ගාස්තු ගෙවා රිසිට් පත ඉදිරිපත් කල යුතුය.
- සුදුසු ඇඳුමකින් හෝ සුදුසු පාවහන් වලින් සැරසී පැමිණිය යුතුය.
- උපකරණ වැරදි ලෙස භාවිතා කිරීමෙන් වැලකිය යුතුය.
- තමා විසින් භාවිතා කරන උපකරණ භාවිතයෙන් පසු පිරිසිදු කර අදාල ස්ථානයේ තැබිය යුතුය. එම කාර්ය සඳහා කුඩා තුවායක් ඔබ විසින් රැගෙන ආ යුතුය.
- අසහ්‍ය වචන පාවිච්චිය හා විනය විරෝධී ලෙස කටයුතු කිරීමෙන් වැලකිය යුතුය.

මෙම කොන්දේසි උල්ලංඝනය කලහොත් පුහුණුවීම් කටයුතු නතර කරන බවද සඳහන් කරමි.

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවටත්, කායවර්ධන පුහුණුවීම් වලදී කිසියම් සෞඛ්‍ය ගැටළුවක් මත්වුවහොත් එම වගකීම මා විසින් භාර ගන්නා බවටත්, කායවර්ධන මධ්‍යස්ථානයේ නීති රීති වලට යටත්ව කටයුතු කරන බවටත් පොරොන්දු වෙමි.

දිනය

අත්සන

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි

ආරම්භක දිනය

සාමාජික අංකය