



**தமிழக அரசின் கல்வித் துறை**  
**முதுமையினர் கல்வித் துறை**  
**முதுமையினர் கல்வித் துறை**  
**(ரூ. 5,000/- அளவிற்கு நிதி ஒதுக்கீடு செய்து)**  
**60 வயதுக்கு மேற்பட்டவர்களுக்கான இலவச கண்ணிலை வழங்கும் செயற்றிட்டம்**  
**(ரூபா.5000/-க்கு குறைவான வருமானம் உடையவர்களுக்கு)**



இலவச அளவு உறுதிப்படுத்தும் இல	
----------------------------------	--

**செயற்றிட்டம்**  
விண்ணப்பப்படிவம்

- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| 01. புகைப்படம் : .....         | 03. புகைப்படம் : ..... |
| முழுப்பெயர் : .....            | தொலைபேசி இல : .....    |
| 02. இலவச அளவு : .....          | 04. புகைப்படம் : ..... |
| முதல் எழுத்துடன் பெயர் : ..... | 05. புகைப்படம் : ..... |
| 04. புகைப்படம் : .....         | 06. புகைப்படம் : ..... |
| விவரம் : .....                 | 07. புகைப்படம் : ..... |
| 06. புகைப்படம் : .....         | 08. புகைப்படம் : ..... |
| தொழில் : .....                 | 09. புகைப்படம் : ..... |
| 08. புகைப்படம் : .....         | 10. புகைப்படம் : ..... |
| தபால் நிலையம் : .....          | 11. புகைப்படம் : ..... |
| 10. புகைப்படம் : .....         | 12. புகைப்படம் : ..... |
| தேசிய அடையாள அட்டை இல : .....  | 13. புகைப்படம் : ..... |
| 12. புகைப்படம் : .....         |                        |
| பிரதேச செயலாளர் பிரிவு : ..... |                        |

ஒரே மருத்துவமனை மருத்துவ கிட்டுக்குள் ஒரு மருத்துவமனை.  
 மேற்குறிப்பிட்ட தகவல்கள் அனைத்தும் சரியானவை என உறுதி செய்யப்படுகின்றன.

புகைப்படம் : .....

ஒரு மருத்துவமனை  
விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

ஒரு மருத்துவமனை மருத்துவ கிட்டுக்குள் ஒரு மருத்துவமனை.  
 கிராம சேவகர் பிரிவிற்கு உட்பட்ட பகுதியில் நிரந்தரமாக வசிப்பவர் என்றும், இவர் பொதுசன உதவிப் பணம்  
 பெறுபவர்/சமுதாய உதவிப் பணம் பெறுபவர்/மாத வருமானம் ரூபா .....

மேற்குறிப்பிட்ட விண்ணப்பதாரியின் தகவல்கள் அனைத்தும் சரியானவை என்றும், இவர் .....

மேற்குறிப்பிட்ட விண்ணப்பதாரியின் தகவல்கள் அனைத்தும் சரியானவை என்றும், இவர் .....

ஒரு மருத்துவமனை  
கிராம சேவகர் கையொப்பம்

மேற்குறிப்பிட்ட விண்ணப்பதாரியின் தகவல்கள் அனைத்தும் சரியானவை என்றும், இவர் .....

மேற்குறிப்பிட்ட விண்ணப்பதாரியின் தகவல்கள் அனைத்தும் சரியானவை என்றும், இவர் .....

ஒரு மருத்துவமனை  
கிராம சேவகர் கையொப்பம்

ஒரு மருத்துவமனை  
கிராம சேவகர் கையொப்பம்

(பிரதேச செயலாளர் அல்லது உதவிப் பிரதேச செயலாளர் அல்லது உறுதிப்படுத்தப்படலாம்)

Report of the Doctor

01. Name: .....

02. Age: .....

Lenses Power

03. Foldable Intra Ocular Lenses - .....

04. Non Foldable Intra Ocular Lenses - .....

05. Name of the Doctor and Signature with rubber stamp: .....

.....  
.....  
.....  
.....

ලිපිනය : 150 A, එල්. එච්. පී. සොඩිනගිරිල, නාවල පාර, නුගේගොඩ.	දුරකථන / தொலைபேசி/ Telephone:
முகவரி : 150 எ, எல். எச். பி. கட்டிடம், நாவல வீதி, நுஜேகொட.	தொலை / பணிப்பாளர் / Director : 2826749
Address : 150 A, L. H. P. Building, Nawala Road, Nugegoda.	கාර්යாலய / அலுவலகம் / Office : 2824082
ජ-මේල් / க-மெயில் / E-mail : nsemss@sltnet.lk	தரணி / பெக்ஸ் / Fax : 2826750