

කොවිඩ් එන්නත්කරණ වැඩසටහන - ගාල්ල

ලියාපදිංචිය සඳහා මෙම තොරතුරු පත්‍රිකාව පුරවාගෙන පැමිණෙන්න

නම												
ලිපිනය												
ආයතනය												
වයස							එන්නත ලබා ගන්නා දිනය	DD	MM	YYYY	YY	YY
ජා.ගැ. අංකය												ස්ත්‍රී <input type="checkbox"/> / පුරුෂ <input type="checkbox"/>
උරුමකරු අංකය												
MOH කොට්ඨාසය							ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාසය					
ආයතනිකත්වය	ඇත <input type="checkbox"/> / නැත <input type="checkbox"/>											
නිදන්ගත රෝග	ඇදුම <input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝග <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> දියවැඩිකම <input type="checkbox"/> අධිරුධිර පීඩනය <input type="checkbox"/> හෘද රෝග <input type="checkbox"/> පිළිකා <input type="checkbox"/> වෙනත් _____											
Covid 19 එන්නත ලබා ගැනීමෙන් සිදුවන වාහි හා කලාතුරකින් ඇතිවිය හැකි අතුරුඵල පිළිබඳව අවබෝධ කර ගැනීමෙන් අනතුරුව එන්නත ලබා ගැනීමට තීරණය කර, කැමැත්ත පල කරමි.												
දිනය							අත්සන					

කොවිඩ් එන්නත්කරණ වැඩසටහන - ගාල්ල

ලියාපදිංචිය සඳහා මෙම තොරතුරු පත්‍රිකාව පුරවාගෙන පැමිණෙන්න

නම												
ලිපිනය												
ආයතනය												
වයස							එන්නත ලබා ගන්නා දිනය	DD	MM	YYYY	YY	YY
ජා.ගැ. අංකය												ස්ත්‍රී <input type="checkbox"/> / පුරුෂ <input type="checkbox"/>
උරුමකරු අංකය												
MOH කොට්ඨාසය							ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාසය					
ආයතනිකත්වය	ඇත <input type="checkbox"/> / නැත <input type="checkbox"/>											
නිදන්ගත රෝග	ඇදුම <input type="checkbox"/> වකුගඩු රෝග <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> දියවැඩිකම <input type="checkbox"/> අධිරුධිර පීඩනය <input type="checkbox"/> හෘද රෝග <input type="checkbox"/> පිළිකා <input type="checkbox"/> වෙනත් _____											
Covid 19 එන්නත ලබා ගැනීමෙන් සිදුවන වාහි හා කලාතුරකින් ඇතිවිය හැකි අතුරුඵල පිළිබඳව අවබෝධ කර ගැනීමෙන් අනතුරුව එන්නත ලබා ගැනීමට තීරණය කර, කැමැත්ත පල කරමි.												
දිනය							අත්සන					