

**කැලණිය විශ්වවිද්‍යාලයේ ශාරීරික අධ්‍යාපන අංශය සහ ක්‍රීඩා උපදේශක මණ්ඩලය මගින් පිරිනැමෙන වෛද්‍ය ඩිලීෂී සඳකැන් හෙට්ටිආරච්චි අනුස්මරණ ශිෂ්‍යත්වය**

වියෝ වූ වෛද්‍ය ඩිලීෂී සඳකැන් හෙට්ටිආරච්චි අනුස්මරණය කරමින් ශිෂ්‍යත්වයක් කැලණිය විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ කාන්තා විද්‍යාර්ථියෙකුට පිරිනැමීමට අපේක්ෂා එම පවුලේ සාමාජිකයෝ අපේක්ෂා කරති.

**ශිෂ්‍යත්වයේ නම:** වෛද්‍ය ඩිලීෂී සඳකැන් හෙට්ටිආරච්චි අනුස්මරණ ශිෂ්‍යත්වය

**ශිෂ්‍යත්වය හිමිවන කාලය:** මාස 10ක්

**ශිෂ්‍යත්වය සඳහා හිමිවන මුදල:** රු 5000 X 10

**සුදුසුකම්**

- වෛද්‍ය පීඨයේ තුන්වන වසරේ හෝ ඊට ඉහල වසරක කාන්තා වෛද්‍ය විද්‍යාර්ථියෙකු විය යුතුය.
- ශාරීරික අධ්‍යාපන අංශය විසින් මෙහෙයවනු ලබන එක් ක්‍රීඩාවක් සඳහා හෝ ක්‍රියාකාරී ව නිරත වී තිබිය යුතුය.
- වෛද්‍ය පීඨයේ දෙවන වසර කඩඉම් විභාගයේ සියලු විෂයන් එකවර සමත් වී සිටිය යුතුය.
- පවුලේ වාර්ෂික ආදායම රු 2,000,000 නො ඉක්මවිය යුතුය.

ක්‍රීඩා උපදේශක මණ්ඩලය සහ ශාරීරික අධ්‍යාපන අංශය  
කැලණිය විශ්ව විද්‍යාලය

**Dr. Dilushi Sandaken Hettiarachchi Sports Scholarship  
Application**

**Full Name:**

**Student Number:**

**Address:**

**Contact details**

Mobile No:	Email Address:
------------	----------------

**Grama Niladhari Administration Division:**

**Divisional Secretariat office:**

**Year of Studying**

**Sports achievements during undergraduate period**

Name of the Sport	Academic year	Achievements

**Results of 1<sup>st</sup> Examination for Medical Degree (1<sup>st</sup> attempt)**

Subject	Grade

Please attach a copy of prof document

**Financial Status**

Scholarships:

--

Other Support:

--

Details about family members and their annual income:

Relationship to applicant	Age	Occupation	Annual Income
Father			
Mother			
Brother(s)			
Sister(s)			

I hereby certify that the abovementioned information is true and accurate to best of my knowledge.

..

date

signature (applicant)

I hereby certify that I know applicant very well and the information given in the application is true and accurate.

date

signature (Grama Niladhari)

**Recommendation from the Dean of the Faculty of Medicine**

date

signature