

01 ' ගර්භනී මවගේ නම:-	
02. ජාතික හැදුනුම්පත් අංකය:-	03 ' දුරකථන අංකය:-
04 ' ගර්භනී මවගේ ලිපිනය :-	05 ' සායනික ස්ථානයේ නම :-
06. ග්‍රාම නිලධාරී වසම:-	07 ' ප්‍රාදේශීය ලේ1ම් කොට්ඨාසය:-
08 ' ගර්භනී මවගේ වයස:-	09 ' ඔබ ගර්භනී වී කොපමණ සති ගණනක් ගතවී ඇත්ද? දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු නම් කොපමණ මාස ගණනක් ගතවී ඇත්ද?
10 ' මෙය කීවෙනි ගර්භනීභාවයද?	11 ' දූතට සිටින දරුවන් ගණන?
12 ' ආබාධිත දරුවන් සිටී නම් කොපමණද?	
13. ගර්භනී මවගේ රැකියාව:-	
14 ' ස්වාමි පුරුෂයාගේ රැකියාව:-	
15 ' භාණ්ඩ මිලදී ගැනීම සඳහා ඔබ වෙනුවට නම් කරන නියෝජිතයාගේ නම:- ඉහත තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි ' ගර්භනී මවගේ අත්සන දිනය:-	ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය I පදිංචි වසම:- II මාසික ආදායම:- ග්‍රාම නිලධාරී අත්සන
පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ සහතිකය මෙම කාන්තාව ගර්භනී මවක්/කිරිදෙන මවක් ලෙස ලියාපදිංචි කර ඇත ' (ලියාපදිංචි අංකය) කිරිදෙන මවක්නම් දරුවාගේ උපන් දිනය:- පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ අත්සන දිනය:-	සායනභාර වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය BMI අගය:-..... හිමොග්ලොබින් ප්‍රමාණය:-..... විශේෂ නිරීක්ෂණ :-..... මෙම මවගේ ගර්භයට කොපමණ සති ගණනක් ගතවී ඇත්ද? ' ' සායනභාර වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන දිනය :- '
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය අනුමත කරමි / අනුමත නොකරමි. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන දිනය :-.....	මුද්දර පත්‍රිකාව ලබාදීම මෙම ගර්භණී / කිරිදෙන මවට 201.....මස සිට 201.....මස දක්වා ඉහත දීමනාව ලබාදීම අනුමත වී ඇත. කුපන්පත්‍ර කාණ්ඩ වර්ණය.....යටතේ කුපන්පත්‍රිකා ලැබීමට හිමිකම් ඇත (අදාළ හිස්තැනෙහි කුපන්පත්‍ර කාණ්ඩ වර්ණය (කහ "නිල්" රෝස) සඳහන් කරන්න)' අංක.....මිද්දර(.....) අවලංගු කරන ලදී.

	(චක්‍රලේඛයේ පරිදි) විෂයභාර නිලධාරී
--	--

වැදගත් - ගර්භනී ස්වභාවයෙන් සහතික කළ ඡායාපිටපතක් අමුණා එවිය යුතුය. නිලධාරීන් අත්සන් තබන සෑම ස්ථානයකම තම මුද්‍රාව තැබිය යුතුය.

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය පිණිසයි'

ලියාපදිංචි අංකය හා දිනය	දිස්ත්‍රික්කය	ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කොට්ඨාශය	පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරී කොට්ඨාශය