SRI LANKA NURSING COUNCIL

APPLICATION FOR REGISTRATION AS A NURSE
(FILL IN THE BLOCK LETTER)

FULL NAME : ……………………………………………...……………………..…………...……
…..……………………………………………….…..………………………..……

NAME WITH INITIALS : …………………………………………………………….…..……………...…

ADDRESS : ……………………………………………………………………….......………

CONTACT PHONE NO : ……………………………….. **SEX** : …………………………...……..…..

NATIONAL IDENTITY CARD NO.: …………………… **DATE OF ISSUE:** ……………….…….………

DATE OF BIRTH : …………………………...……

SCHOOL OF NURSING UNIVERSITY / INSTITUTION: …………………………………….……...……..

DATE OF FIRST APPOINTMENT: ……………………… **GRADE** : ……………………………………

PRESENT WORK PLACE: ……………………………..……………………………...………………..…

TEMPORARY REG NO: ………………………………… **BATCH:** ………………………………………..

I hereby declare that I am the person named above in the Certificate of Diploma in General nursing or Certificate in General Nursing issued to me by the Ministry of Health / Degree Certificate issued to me by the University of Sri Lanka Accredited by SLNC.

………………………………. …………………………………….

Date Signature of Applicant

I certified that the above-named Applicant who is known to me personally, places his/her signature in my presence today.

………………………………………………………

Signature and stamp

(J.P / Commissioner of Oaths / Principal (Relevant) School of Nursing / Chief Nursing Officer (Relevant) Hospital / Head of the Nursing (Relevant) Dept. / Faculty / Executive committee Member of SLNC.)

Registrar:
SRI LANKA NURSING COUNCIL,
1st Floor, Post Basic College of Nursing,
Regent Street, Colombo 10,
E-mail : slnc@sltnet.lk web:www.slnc.lk TEL : 0112693227, 0112693224 FAX : 01126932228

INSTRUCTIONS

1. Please Forward the following
   a. The application form duly completed by the applicant, certified by a Justice of Peace, Commissioner of Oaths, Principal (Relevant) School of Nursing, Head of the Nursing (Relevant) Dept./Faculty, Chief Nursing Officer (Relevant Hospital) & Executive committee Member of SLNC.
   b. The attached Bank paying slip, duly certificate by the bank that sum of Rs. 4, 000/= paid to any Branch of the BANK OF CEYLON to the A/C of the SLNC No. 72401415:
   c. The original Certificate of Diploma in General Nursing or Certificate in General Nursing issued to me by the Ministry of Health / Degree Certificate issued to me by the University of Sri Lanka accredited by SLNC and a true copy. (Your application will be rejected if the original certificate is not produced at this office)
   d. If temporary registration is obtained, it is compulsory to present the original of the temporary registration certificate when coming to submit the application for permanent registration.
   e. One Passport size blue black ground colored photograph with approved uniform, certified by a Justice of peace Commissioner of Oaths, Principal (Relevant) School of Nursing , Head of the Nursing (Relevant) Dept. / Faculty, Chief Nursing Officer (Relevant Hospital) & Executive committee Member Of SLNC .
   f. Change of name due to marriage; require the original marriage certificate and a true copy; If language Tamil provide a marriage certificate's English translation, request letter addressed to registrar, name change letter issued by the Ministry of Health or your institutions, an affidavit. (within 6 months)
   g. Change of name Due to Birth Certificate 13^{th} paragraph: Require the Original Birth Certificate and a true copy, request letter addressed to registrar name change letter issued by the Ministry of Health or your institution, an Affidavit.(within 6 months)
   h. A true copy of the National Identity Card & the official Identity Card:
   i. Letter from the institutional Head or the Chief Nursing officer certifying the current work place of the officer; (with in o6 month)
   j. BSc, Nursing graduate should provide a letter signed by the Dean and Registrar, letter should include full name, index no, exam name, date & month, results.

2. The name in the application should be the same as it appears on the certificate.

3. The Certificate of registration will be issued 4 weeks after submission of the application to this office and, the applicant should call over personally to collect the registration certificate or send a representative with a letter of authority from the applicant and details of personal identity of the representative.

උපදෙස්

1. පහත සඳහන් දෑ භාර දෙන්න.

   අ) අයදුම්කරු විසින් සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත සාමදාන විනිශ්චයකරුවකු / දිවුරුම් ප්‍රකාශක / තමන් අධ්‍යාපනය ලැබූ හෙද විදුහලේ විදුහල්පති / අධ්‍යාපන ලැබූ විශ්ව විද්‍යාලයේ හෙද පීඨයේ ප්‍රධානී / අදාල රෝහලේ විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිළධාරි / හෙද සභාවේ විධායක කමිටු සාමාජික විසින් සහතික කල යුතු ය.

   (ආ) රිජන්ට් වීදියේ, ලංකා බැංකු ශාඛාවේ අංක 72401415 දරණ ශ්‍රී ලංකා හෙද සභා ගිණුමට දිවයිනේ ඕනෑම ලංකා බැංකු ශාඛාවකින් රු.4, 000.00 ක මුදලක් බැර කරන ලද බැංකු ගෙවීම් ලදුපතඃ

   (ඇ) සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයෙන් නිකුත් කල හෙද ඩිප්ලෝමා සහතිකය හෝ පොදු හෙදකම් සහතිකය / ශ්‍රී ලංකා හෙද සභාව විසින් ප්‍රතීකනය කල (accredited) ශ්‍රී ලාංකීය විශ්ව විද්‍යාලයකින් ලබා ගත් හෙද උපාධි සහතිකය සහ සත්‍ය බවට සහතික කල ඡායා පිටපතක්ඃ (**මුල් පිටපත ඉදිරිපත් නොකළහොත් අයදුම්පත් භාරගනු නොලැබේ.**)

(ඇ) තාවකාලික ලියාපදිංචිය ලබා ඇත්නම් ස්ථිර ලියාපදිංචිය සඳහා අයදුම්පත් බාර දීමට පැමිණිමේදී තාවකාලික ලියාපදිංචි සහතිකයෙහි මුල් පිටපත ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්ය වේ.

(ඉ) සාමදාන විනිශ්චයකරුවකු / දිවුරුම් ප්‍රකාශක / තමන් අධ්‍යාපනය ලැබූ හෙද විදුහලේ විදුහල්පති, අධ්‍යාපනය ලැබූ විශ්ව විද්‍යාලයේ හෙද පීඨයේ ප්‍රධානී / අදාල රෝහලේ විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරි / හෙද සභාවේ විධායක කමිටු සාමාජික විසින් පසු පිටෙහි සහතික කල / **නිල් පැහැති පසුබිමෙහි අනුමත නිල ඇඳුමෙන් පෙනි සිටින අයදුම්කරුගේ පාස්පෝට් ප්‍රමාණයේ** වර්ණ ඡායාරූප 01 ක්

(ඊ) විවාහයෙන් පසු නමට, ලියාපදිංචිය ගැනීමට අවශ්‍ය නම් විවාහ සහතිකයේ මුල් පිටපත සමග සහතික කළ ඡායා පිටපත් : (දෙමළ භාෂාවෙන් විවාහ සහතිකය ඇත්නම් එය ඉංග්‍රීසි භාෂාවට පරිවර්තනය කර එහි සහතික කළ පිටපතක් ඉදිරිපත් කල යුතුවේ. ලේඛකාධිකාරී අමතන ඉල්ලුම් කල ලිපිය, නම වෙනස් කල බව සනාථ කිරිමට සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයෙන් හෝ අදාල ආයතනයෙන් නිකුත් කල ලිපියෙහි සහතික කල ඡායා පිටපතක් හා දිවුරුම් ප්‍රකාශය (මාස 06 ක් තුල ගත් පිටපතක් විය යුතුය)

(උ) උප්පැන්න සහතිකයේ 13 වන ජේදයේ වෙනස් කල නමට ලියාපදිංචිය ගැනීමට අවශ්‍ය නම් උප්පැන්න සහතිකයේ මුල් පිටපත සමග සහතික කල ඡායා පිටපතක් (දෙමළ භාෂාවෙන් උප්පැන්න සහතිකය ඇත්නම් එය ඉංග්‍රීසි භාෂාවට පරිවර්තනය කර එහි සහතික කළ පිටපතක් ඉදිරිපත් කල යුතු වේ.) ලේඛකාධිකාරී අමතන ඉල්ලුම් කල ලිපිය, නම වෙනස් කල බව සනාථ කිරීමට සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයෙන් හෝ අදාල ආයතනයෙන් නිකුත් කල ලිපියෙහි සහතික කල ඡායා පිටපතක් හා දිවුරුම් ප්‍රකාශය (මාස 06ක් තුල පිටපතක් විය යුතුය)

(ඌ) ජාතික හැඳුනුම්පතේ සහ සේවා හැඳුනුම්පතේ සහතික කළ ඡායා පිටපත්

(එ) ආයතන ප්‍රධානියා / ප්‍රධාන හෙද නිලධාරිණියගෙන් වර්තමාන සේවා ස්ථානය සහතික කර ලබාගත් මාස 6ක් තුල ගත් සේවා සහතිකයක්

(ඒ) විශ්ව විද්‍යාල හෙද උපාධිධාරීන් විශ්ව විද්‍යාල පීඨාධිපති හා ලේඛකාධිකාරී විසින් අත්සන් කරන ලද ලිපියක් ඉදිරිපත් කල යුතුය. එම ලිපියේ සම්පූර්ණ නම, විභාග අංකය, විභාගයේ නම, මාසය හා වර්ෂය ඇතුලත් විය යුතු ය.

2. ඒ අයදුම්පතේ සඳහන් අයදුම්කරුගේ නම උක්ත සහතිකයේ සඳහන් නමට සමාන විය යුතුය.

3. අයදුම්පත් කාර්යාලයට භාර දී සති 4 කට පසුව තම ජාතික හැඳුනුම්පත ඉදිරිපත් කර අයදුම්කරුට සහතිකය ලබාගත හැකිය. වෙනත් අයකු පැමිණෙන්නේ නම්, ඔහු/ඇයගේ අනන්‍යතාවයද ඇතුලත්ව අයදුම්කරු විසින් බලය පවරන ලද ලිපියක් සහ දෙදෙනාගේම ජාතික හැඳුනුම්පත්වල සත්‍ය බවට සහතික කරන ලද ඡායා පිටපත් රැගෙන ආ යුතු ය. **(සහතික ලබා ගැනිමේදි www.slnc.lk වෙබ් අඩවිය මගින් වේලාවක් වෙන්කරවා ගත යුතුය.)**

අදාල අයදුම්කරු විසින් ලියාපදිංචි භාර දී ඇත්නම් ලියාපදිංචි සහතිකය හා හැඳුනුම්පත ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් ගෙන්වා ගත හැකිය. ඒ සඳහා කැමැත්ත ප්‍රකාශ කල ලිපියක් හා රු. 180/ක මුද්දර ඇලවූ $A4$ ප්‍රමාණයේ **ආරක්ෂිත ලියුම් කවරයක් (Safety Pack)** භාර දිය යුතු වේ.

4. අයදුම්පත සම්පූර්ණ කර අදාල ලිපිලේඛණ සමග ශ්‍රී ලංකා හෙද සභා කාර්යාලයට පැමිණ භාර දිය යුතුවේ. අදාල අයදුම්පත භාර දීමේදී **සඳුදා, අගහරුවාදා, බදාදා, සිකුරාදා දින දක්වා උදේ 8.30 සිට සවස 3.00** දක්වා පැමිණ භාර දිය යුතු වේ. (වෙලාවක් වෙන්කරවා ගැනීම අනිවාර්යය නොවේ. බ්‍රහස්පතින්දා දින ආයතනය වසා ඇත.)

5. **ඔබ අයදුම්පත බාගත කිරීමෙන් පසු www.slnc.lk වෙබ් අඩවිය මගින් ඔන්ලයින් ක්‍රමවේදය හරහා ශ්‍රී ලංකා හෙද සභාවේ අනිවාර්යයෙන් ලියාපදිංචි විය යුතුය.(Other→Register)** එසේ නොමැති වුවහොත් හැඳුනුම්පත හා සහතිකය ලබා ගැනීමට දිනයක් හා වේලාවක් වෙන් කර ගැනීමට නොහැකි වනු ඇත.

SRI LANKA NURSING COUNCIL

APPLICATION FOR IDENTITY CARD
PLEASE FILL IN ENGLISH CAPITAL LETTERS
(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින් පිරවිය යුතුය)

FULL NAME : ………………………………………………………………...………………
(සම්පූර්ණ නම) : …..………………………………………………………………………

Initial with Name : ………………………………………………………………...………
(මුලකුරු සමග නම)

SLNC REG No . : ……………………………………………………
(හෙද සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය)

PRIVATE ADDRESS : …………………………...…………………………………...……………
(පෞද්ගලික ලිපිනය) : …………………………...…………………………………………………

CONTACT PHONE No. : …………………………...…………………………………………..
(දුරකථන අංකය)

N.I.C No. : ………………………..…………………
(ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය)

HAND OVER DATE : ………………………
(භාර දෙන දිනය)

SIGNATURE : ……………………………
(අත්සන)

APPLICATION FOR IDENTITY CARD
PLEASE FILL IN ENGLISH CAPITAL LETTERS
(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින් පිරවිය යුතුය)

FULL NAME : ………………………………………………………………...………………
(සම්පූර්ණ නම) : …..………………………………………………………………………

Initial with Name : ………………………………………………………………...………
(මුලකුරු සමග නම)

SLNC REG No.: ……………………………………………………
(හෙද සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය)

PRIVATE ADDRESS : …………………………...…………………………………...……………
(පෞද්ගලික ලිපිනය) : …………………………...…………………………………………………

CONTACT TEL. NO. : …………………………...…………………………………...……………
(දුරකථන අංකය) : …………………………...…………………………………………………

N.I.C No. : ………………………..…………………
(ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය)

HAND OVER DATE : ………………………………
(භාර දෙන දිනය)

Name with Initial : ………………………………
(මුලකුරු සමග නම)

SIGNATURE / අත්සන

Please paste (1) recent stamp

Size Blue Back Ground color

Photograph with Approved Uniform

INSTRUCTIONS

1. Fill the application in **BLOCK** Letters.

2. Please forward the following :-

k. Filled application with two photocopies;
l. One(1) Stamp size Blue Background color photograph of the Applicant with approved uniform:
m. The Bank paying slip, duly certified by the bank that sum of Rs. 1000/= paid to any Branch of the BANK OF CEYLON to the Account of the SLNC No. 72401415 at Regent Street Branch;

උපදෙස්

1. ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරු භාවිත කර අයදුම්පත්‍රය පිරවිය යුතුය.
2. පහත සඳහන් දෑ භාර දෙන්න.

   (අ) පුරවන ලද අයදුම්පත්‍රයේ ඡායා පිටපත් දෙකක්,

   (ආ) **අනුමත නිළඇඳුමෙන් පෙනී සිටින අයදුම්කරුගේ (නිල් පසුබිමේ) මුද්දර ප්‍රමාණයේ** වර්ණ ඡායාරූප 1 ක්

   (ඇ) රිජන්ට් වීදියේ ලංකා බැංකු ශාඛාවේ අංක 72401415 දරණ ශ්‍රී ලංකා හෙද සභා ගිණුමට දිවයිනේ ඕනෑම ලංකා බැංකු ශාඛාවකින් රු.1000.00 ක මුදලක් බැරකරන ලද බැංකු ගෙවීම් ලදුපත.

- **ඔබ ශ්‍රී ලංකාවෙන් පිටත විදේශ සේවයේ යෙදී සිටින්නේ නම්**

01. ශ්‍රී ලංකා හෙද සභාවේ ලියාපදිංචිය ලබා ගැනීමට අවශ්‍ය නම් ඔබ නම් කල ඇටෝර්නි බලපත්‍රයක් හිමි අයෙකුට අදාල අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීමට හැකියාව ඇත.
02. හෙද සභාවෙන් ලබාදෙන හැඳුනුම්පත ලබා ගැනීමට අවශ්‍ය නම් ඒ සඳහා වෙන් කර ඇති අයදුම්පතෙහි ඔබ විසින් පුරවා ඔබගේ අත්සන තැබිය යුතුය. හැඳුනුම්පත අවශ්‍ය නොවේ නම් අවශ්‍ය නොවන බව දන්වා ලිපියක් ඉදිරිපත් කල යුතුය.
03. සේවය අතහැර හෝ සේවයෙන් විශ්‍රාම ගෙන ඇත්නම් නිල් පසුබිමෙහි සිවිල් ඇඳුමෙන් ගත් ඡායාරූප ඉදිරිපත් කල යුතුය.
04. සහතික කල වලංගු පාස්පෝට් බලපත්‍රයෙහි ඡායාපිටපතක්
05. නිවාඩු ලබාගත් / සේවය අතහැරගොස් ඇත්නම් / සේවයෙන් විශ්‍රාම ගොස් ඇත්නම් ඒ බව සනාථ කිරීමේ ලිපිවල මුල් පිටපත් සමඟ සත්‍ය බවට සහතික කල ඡායා පිටපතක්

Registrar:
SRI LANKA NURSING COUNCIL,
1st Floor, Post Basic College of Nursing,
Regent Street, Colombo 10,
E-mail : slnc@sltnet.lk web:www.slnc.lk TEL : 0112693227, 0112693224 FAX : 01126932228