

ஹோமியோபதி மருத்துவ நிபுணர்களைப் பதிவுசெய்தல்

2016 ஆம் ஆண்டின் 10 ஆம் இலக்க ஹோமியோபதி சட்டத்தின் பிரிவு 30 (1) இன் பிரகாரம் 2024.07.26 ஆம் திகதி 05 வருடங்களுக்கு குறையாத சேவைக்காலத்தை சான்றுப்படுத்தக்கூடிய இலங்கையர்களிடமிருந்து பதிவுப் பரீட்சைக்கு விண்ணப்பங்கள் கோரப்படுகின்றன.

இவ்வறிவிதானத்துடன் இணைக்கப்பட்டுள்ள மாதிரிப் படிவத்தின் பிரகாரம் விண்ணப்பப் பத்திரமானது தெளிவான பெரிய எழுத்துக்களில் ஆங்கிலத்தில் நிரப்பப்படுவதுடன் பின்வரும் ஆவணங்கள் மற்றும் விண்ணப்பப் பரிசீலனை கட்டணமாக ரூபா 3,000.00 இலங்கை வங்கியின் ஹோமியோபதி நிதியத்தின் கணக்கு இலக்கம் 0002026466 வரவு வைக்கப்படுவதுடன் அதன் மூலப் பிரதியை இணைத்து வைத்திய சபைக்கு அனுப்பி வைக்க வேண்டும்.

1. கிராம சேவகரினால் வழங்கப்பட்ட சான்றிதழ்
2. ஹோமியோபதி மருந்து கொள்முதல் பில்கள் மற்றும் ரசீதுகள்
3. ஹோமியோபதி கோப்பு பதிவுகள்
4. சம்பந்தப்பட்ட உள்ளூர் அதிகாரசபையால் வழங்கப்பட்ட சான்றிதழ்
5. சம்பந்தப்பட்ட உள்ளூர் அதிகாரிகளால் அவர்களின் கிளினிக் வளாகத்திற்கு வழங்கப்பட்ட கட்டண ரசீதுகள்

விண்ணப்பங்கள் பெறுவதற்கான கடைசி திகதி 2024 செப்டம்பர் 13 ஆகும், அதற்கு முன்னர் விண்ணப்பங்களை மருத்துவ சபைக்கு பதிவுத் தபால் மூலம் அல்லது "பதிவாளர், இலக்கம் 94, ஷெல்டன் ஐயசிங்க மாவத்தை, வெலிசர, ராகம" பார்வையிடுவதன் மூலம் அனுப்ப வேண்டும்.

பதில் பதிவாளர்,
எண்.94,
ஷெல்டன் ஐயசிங்க மாவத்தை,
வெலிசர,
ராகம.

Format of Application



HOMEOPATHIC MEDICAL COUNCIL HOMEOPATHIC PRACTITIONER'S REGISTRATION EXAMINATION

Under Section 30(1) of Homeopathy Act. No. 10 of 2016

Application Form

Office Use

Reference No :

Date of Receipt :

Medium :- Sinhala
Tamil
English

1. Full Name (in BLOCK CAPITAL) :
2. Name with Initials :
3. Postal Address (In BLOCK CAPITAL) :
- No :
- Street / Village
- City : Postal Code :
4. Date of Birth : 5. Age :
6. Sex : F/M
7. National ID No :

8. Telephone Number :
Home : Clinic : Mobile :
9. Permanent/Residential Address :
.....
.....
.....
10. Grama Niladhari Division :
11. Divisional Secretary Division :
12. Police Division :
13. Place and Address of Practice :
14. Period of Practice :
15. Time allocated for Homeopathic Practice :
16. (i) Are you engaged in any other vocation ? Yes / No
(ii) If yes, give details :
17. How do you obtain your Homeopathic Medicines and Utilities ?
18. Educational Qualifications : G. C. E. (O/L) Year :

Subjects	Grade
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

G.C.E. (A/L) Year :

Subjects	Grade
1	
2	
3	
4	

19. Medical or other Professional Qualifications (if any) :
20. Proficiency in English :
(i) Written : (ii) Communication :
21. (i) Have you ever applied for Homeopathic registration under Section 27 of Homeopathy Act, No. 7 of 1970 ?
Yes/No
(ii) If yes, give details :2
22. Declaration :

I the undersigned.....of do hereby declare that all the information given by me in this application are true to the best of my knowledge. I accept that any of the information given by me in this application is in anyway false or incorrect, my application may be rejected. I am also aware that it is a violation of the Homeopathy Act to provide false information. Having known them I do affix my signature at
on theday of 20

Date : Signature :

23. Certification :
I, the Grama Niladhari of GS Divisiondo hereby certify that the applicant is a resident of the above division and he/she is in homeopathic practice since

Name :

GS Division :

Date : Signature :

24. Certificate of Divisional Secretary :

I certify that the above statement is true and correct.

Date : Signature :

Official Use

Date of Receipt	Interview held on

- (a) Name of the Candidate :
- (b) NIC No :
- (c) Reference No :
- (d) Result : Selected Rejected
- (e) Signature of Members of interview board.

Name Signature

1.
2.
3.
4.
5.
- (f) Comments' if any :
- (g) Confirmed by the Registrar : Yes / No
- (h) Signature of the Registrar :

Second Schedule

Application Processing Fees

Fee Type	Amount of Fee (Rs.)
Application Scrutinizing Fee	3,000
Examination Fee and Guide	8,000
Referred Examination Fee per Subject	7,000

Third Schedule

Fees for the Certificate of Registration

Fee Type	Amount of Fee (Rs.)
Registration Fee	5,000
Revalidation Fee	3,000