



6th SUMMIT

ON Best Practices, Innovations and Research

Inspiring Health Care Through Evidenced Based Best Practices, Innovations and Research

Application Form

Full Name :-

Designation :-

Institution :-.....

Mobile phone number :-.....

Do you submit an abstract to the conference?

1. Yes

2. No

Recommendation from the Head of the institution

I can release Mr/Mrs/Ms..... to participate in the 6th Summit on Best Practices, Innovation and Research.

.....

Signature of the Head of the Institution

This application should post to the Regional Director of Health Services (Address: District Secretariat Building, Po Box.29 Kalutara) no or before 30th of August, 2019.



6th SUMMIT

on Best Practices, Innovations and Research

Inspiring Health Care Through Evidenced Based Best Practices, Innovations and Research

අයදුම් පත්‍රය

සම්පූර්ණ නම :-.....

තනතුර :-.....

ආයතනය :-.....

දුරකථන අංකය :-.....

ඔබ විසින් පයෙර්ෂණ සංසඳය සඳහා නව සොයා ගැනීමක්, සුවිශේෂී ක්‍රියාකාරකමක් හෝ පයෙර්ෂණ සාරාංශයක් ඉදිරිපත් කර තිබේද?

ඔව් නැත

අයතන ප්‍රධානීගේ නිදේර්ශය:

උක්ත නම සඳහන් අයදුම්කරු වන මෙය/මිය/මයා
2019.10.25 දින පවත්වනු ලබන පයෙර්ෂණ හා නව නිමර්ණ පිළිබඳ සැසිය සඳහා සහභාගී
වීම පිනිස නිදහස් කරමි.

.....
අයතන ප්‍රධානීගේ අත්සන.

(මෙම අයදුම් පත්‍රය තැ.ප.29, දිස්ත්‍රික් ලේකම් ගොඩනැගිල්ල, කළුතර යන ලිපිනයට 2019 අගෝස්තු 30 දිනට හෝ ඊට ප්‍රථම ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කායරාලය වෙත ලැබීමට සැලැස්විය යුතුය.)