



# SRI LANKA NURSING COUNCIL

## APPLICATION FOR RE – REGISTRATION AS A NURSE IN SRI LANKA NURSING COUNCIL (FILL IN THE BLOCK LETTER)

FULL NAME : .....

ADDRESS : .....

CONTACT PHONE NO : ..... SEX : .....

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

DATE OF BIRTH : ..... GRADE : .....

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

DATE OF FIRST APPOINTMENT: .....

PRESENT WORK PLACE: .....

REGISTERES NUMBER AT SRI LANKA MEDICAL COUNCIL : .....

DATE OF REGISTRATION AT SRI LANKA MEDICAL COUNCIL : .....

CATEGORY UNDER WHICH YOUR REGISTRED : .....

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 certify 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 NUSRING COUNCIL,  
1<sup>ST</sup> Floor, Post Basic College of Nursing,  
Regent Street, Colombo 10,  
E-mail : [slnc@slt.net.lk](mailto:slnc@slt.net.lk) web:[www.slnc.lk](http://www.slnc.lk) TEL : 0112693227, 0112693224 FAX : 01126932228**

## INSTRUCTIONS

1. Please Forward the following
  - a. The application from duly completed by the applicant, certified by a 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 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 true copy. (Your application will be rejected if the original certificate is not produced at this office)
  - c. The Bank paying slip, duly certificate by the bank that sum of Rs. 1, 000/= paid to any Branch of the BANK OF CEYLON to the account of the SLNC No. 72401415:
  - d. The original certificate issued by the Sri Lanka Medical Council and a true copy: (Your application will be rejected if the original certificate is not produced at this office)
  - e. One Passport size the Blue black ground colored photograph, certified by a J.P. Commissioner of Oaths, Nursing School (Relevant) Principal, Head of the Nursing (Relevant) Dept. / Faculty, Chief Nursing (Relevant) Officer, Executive committee Member Of SLNC on the reverse:
  - 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.
  - g. Change of name Due to Birth Certificate 13<sup>th</sup> 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.
  - h. Letter from the institutional Head or the Chief Nursing officer certifying the current work place of the officer; (with in 06 month)
  - i. A true copy of the National Identity Card & the official Identity Card:
  - 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 of Diploma in Nursing or Degree
3. The Certificate of registration will be issued 4 weeks after submission of the application to this office and, the applicant from the applicant, And details of personal identity of the representative

### සංඛ්‍යාත

#### 1. පහත සඳහන් දැන් දෙන්න.

(ආ) අයදුම්කරු විසින් සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත සාමදාන විනිශ්චයකරුවකු / දිවුරුම් ප්‍රකාශක / තමන් අධ්‍යාපනය ලැබූ හෙද විදුහලේ විදුහල්පති / අධ්‍යාපන ලැබූ විශ්ව විද්‍යාලයේ හෙද පියායේ ප්‍රධානී / අදාළ රෝහලේ විශ්ව ශේෂීයේ හෙද නිලධාරී / හෙද සහාවේ විධායක කම්ටු සාමාජික විසින් සහතික කළ යුතු ය.

(ඇ) සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයෙන් නිකුත් කළ හෙද ඩිප්ලොම් සහතිකය හෝ පොදු හෙදකම් සහතිකය / ශ්‍රී ලංකා හෙද සහාව විසින් ප්‍රතිකනය කළ (accredited) ශ්‍රී ලංකා විශ්ව විද්‍යාලයකින් ලබා ගත් හෙද උපාධි සහතිකය සහ සත්‍ය බවට සහතික කළ ජායා පිටපතක්: (මුල් පිටපත ඉදිරිපත් තොකළහාන් අයදුම්පත් භාරගනු තොලැබේ.)

(ඇ) රිජන්ට් විදියේ, ලංකා බැංකු ගාබාවේ අංක 72401415 දරණ ශ්‍රී ලංකා හෙද සහා ගිණුමට දිවයිනේ ඔනැම් ලංකා බැංකු ගාබාවකින් රු.1, 000.00 ක මුදලක් බැර කරන ලද බැංකු ගෙවීම් ලදුවත:

(ඇ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සහාවේ ලියාපදිංචි වූ සහතිකයේ මුල්පිටපත සමග සහතික කරන ලද පිටපතක්, (මුල් පිටපත ඉදිරිපත් තොකළහාන් අයදුම්පත භාරගනු තොලැබේ.)

(ඉ) සාම්දාන විනිශ්චයකරුවකු / දිවුරුම් ප්‍රකාශක / තමන් අධ්‍යාපන ලැබූ හෙද විදුහලේ විදුහල්පති, අධ්‍යාපනය ලැබූ විශ්ව විද්‍යාලයේ හෙද පියයේ ප්‍රධානී / අදාළ රෝහලේ විශේෂ ග්‍රේනීයේ හෙද නිලධාරී / හෙද සහාවේ විධායක කම්ටුව සාමාජික විසින් පසු පිටති සහතික කළ / නිල් පැහැති පසුබෑමෙහි අනුමත නිල ඇශ්‍රුමෙන් පෙනී සිටින අයදුම්කරුගේ පාස්පෝර්ට් ප්‍රමාණයේ වර්ණ ජායාරූප 01 ක්:

(ඊ) විවාහයෙන් පසු නමට, ලියාපදිංචිය ගැනීමට අවශ්‍ය නම් විවාහ සහතිකයේ මුල් පිටපත සමග සහතික කළ ජායා පිටපත් : (දෙමළ භාෂාවෙන් විවාහ සහතිකය ඇත්තාම් එය ඉංග්‍රීසි භාෂාවට පරිවර්තනය කර එහි සහතික කළ පිටපතක් ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ. ලේඛාධිකාරී අමතන ඉල්ලුම් කළ ලිපිය, නම වෙනස් කළ බව සනාථ කිරීමට සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයෙන් හෝ අදාළ ආයතනයෙන් නිකුත් කළ ලිපියෙහි සහතික කළ ජායා පිටපතක් භා දිවුරුම් ප්‍රකාශය (මාස 06 ක් තුළ ගත් පිටපතක් විය යුතුය)

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

(උ) ජාතික හැඳුනුම්පතේ සහ සේවා හැඳුනුම්පතේ සහතික කළ ජායා පිටපත්:

(ඌ) ආයතන ප්‍රධානීය / ප්‍රධාන හෙද නිලධාරීනියගෙන් වර්තමාන සේවා ස්ථානය සහතික කර ලබාගත් සේවා සහතිකයක් (මාස 06ක් තුළ ගත් පිටපතක් විය යුතුය)

(ඍ) විශ්ව විද්‍යාල හෙද උපාධිකාරීන් විශ්ව විද්‍යාල පියාධිපති භා ලේඛාධිකාරී විසින් අන්සන් කරන ලද ලිපියක් ඉදිරිපත් කළ යුතුය. එම ලිපියේ සම්පූර්ණ නම, විභාග අංකය, විභාගයේ නම, මාසය භා වර්ෂය ඇතුළත් 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 අනතුතාවයද ඇතුළත්ව අයදුම්කරු විසින් බලය පවරන ලද ලිපියක් සහ දෙදෙනාගේම ජාතික හැඳුනුම්පත්වල සත්‍ය බවට සහතික කරන ලද ජායා පිටපත් රැගෙන ආ යුතු ය. (සහතික ලබා ගැනීමේදී [www.slnc.lk](http://www.slnc.lk) වෙති අඩවිය මගින් වේලාවක් වෙන්කරවා ගත යුතුය.)

අදාළ අයදුම්කරු විසින් ලියාපදිංචි භාර දී ඇත්තාම් ලියාපදිංචි සහතිකය භා හැඳුනුම්පත ලියාපදිංචි තැපෑලන් ගෙන්වා ගත හැකිය. ඒ සඳහා කැමැත්ත ප්‍රකාශ කළ ලිපියක් භා රු. 200/ක මුද්දර ඇලුව A4 ප්‍රමාණයේ ආරක්ෂිත ලිපිම් කටයුතු (Safety Pack) භාර දිය යුතු වේ.

4. අයදුම්පත සම්පූර්ණ කර අදාළ ලිපිලේඛන සමග ශ්‍රී ලංකා හෙද සහා කාර්යාලයට පැමිණ භාර දිය යුතු වේ. අදාළ අයදුම්පත භාර දීමේදී සඳහා, අගහරුවාදා, බඳාදා, සිකුරාදා දින දක්වා උදේ 8.30 සිට සවස 3.00 දක්වා පැමිණ භාර දිය යුතු වේ. (වේලාවක් වෙන්කරවා ගැනීම අනිවාර්යය නොවේ. බුහස්පතින්දා දින ආයතනය වසා ඇත.)
5. ඔබ අයදුම්පත බාගත කිරීමෙන් පසු [www.slnc.lk](http://www.slnc.lk) වෙති අඩවිය මගින් ඔන්ලයින් ක්‍රමවේදය හරහා ශ්‍රී ලංකා හෙද සහාවේ අනිවාර්යයෙන් ලියාපදිංචි විය යුතුය. (Pages→Register) එසේ නොමැති වුවහොත් හැඳුනුම්පත භා සහතිකය ලබා ගැනීමට දිනයක් භා වේලාවක් වෙන් කර ගැනීමට තොගැකි වනු ඇත.



# SRI LANKA NURSING COUNCIL

## APPLICATION FOR IDENTITY CARD (RE-REGISTRATION)

### PLEASE FILL IN ENGLISH CAPITAL LETTERS

(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින් පිරවිය යුතුය)

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

Initial with Name : .....  
(මුලකරු සමග නම) : .....

SLNC REG No.: .....  
(හෙද සහාවේ ලියාපදිංචි අංකය) SLMC REG No. : .....  
(වෙළදා සහාවේ ලියාපදිංචි අංකය)

PRIVATE ADDRESS : .....  
(පොදුගලික ලිපිනය) : .....

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

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

HAND OVER DATE : .....  
(හාර දෙන දිනය) SIGNATURE : .....  
(අත්සන)

## APPLICATION FOR IDENTITY CARD (RE-REGISTRATION)

### PLEASE FILL IN ENGLISH CAPITAL LETTERS

(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින් පිරවිය යුතුය)

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

SLNC REG No.: .....  
(හෙද සහාවේ ලියාපදිංචි අංකය) SLMC REG No. : .....  
(වෙළදා සහාවේ ලියාපදිංචි අංකය)

PRIVATE ADDRESS : .....  
(පොදුගලික ලිපිනය) : .....

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

HAND OVER DATE : .....  
(හාර දෙන දිනය)

Name with Initial : .....  
(මුලකරු 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 ලිපි ලේඛන භාර දෙන්න.
  - (ආ) පුරවන ලද අයදුම්පත්‍රයේ ජායා පිටපත් දෙකක්,
  - (ඇ) අනුමත නිලංගුමෙන් පෙනී සිටින අයදුම්කරුගේ (නිල් පසුබිමේ) මුද්දර ප්‍රමාණයේ වර්ණ ජායාරූප 1 ක්
  - (ඇට) රිජන්ට් විදියේ ලංකා බැංකු ගාබාවේ අංක 72401415 දරණ ශ්‍රී ලංකා හෙද සහා ගිණුමට දිවයිනේ ඔහුම ලංකා බැංකු ගාබාවකින් රු.1000.00 ක මුදලක් බැරකරන ලද බැංකු ගෙවීම් ලදුවත.

මහ ශ්‍රී ලංකාවෙන් පිටත විදේශ සේවයේ යෙදී සිටින්නේ නම්

01. ශ්‍රී ලංකා හෙද සහාවේ ලියාපදිංචි ලබා ගැනීමට අවශ්‍ය නම් ඔබ නම් කළ ඇවෙන්ත්නි බලපත්‍රයක් නිමි අයෙකුට අදාළ අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීමට හැකියාව ඇත.
02. හෙද සහාවන් ලබාදෙන හැඳුනුම්පත ලබා ගැනීමට අවශ්‍ය නම් ඒ සහාව වෙන් කර ඇති අයදුම්පතනෙහි ඔබ විසින් පුරවා ඔබගේ අත්සන තැබිය යුතුය. හැඳුනුම්පත අවශ්‍ය නොවේ නම් අවශ්‍ය නොවන බව දන්වා ලිපියක් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.
03. සේවය අතහැර හෝ සේවයෙන් විශ්‍රාම ගෙන ඇත්තැම නිල් පසුබිමෙහි සිවිල් ඇලුමෙන් ගත් ජායාරූප ඉදිරිපත් කළ යුතුය.
04. සහතික කළ වලංගු පාස්පෝර්ට බලපත්‍රයෙහි ජායාපිටපතක්
05. නිවාඩු ලබාගත් / සේවය අතහැරගොස් ඇත්තැම / සේවයෙන් විශ්‍රාම ගොස් ඇත්තැම් ඒ බව සනාථ කිරීමේ ලිපිවල සත්‍ය පිටපත්
06. ලේඛකාධිකාරී අමතන ලද ඉල්ලුම් කළ ලිපිය

Registrar:

SRI LANKA NURSING COUNCIL,  
1<sup>ST</sup> Floor, Post Basic College of Nursing,  
Regent Street, Colombo 10,  
E-mail : [slnc@slt.net.lk](mailto:slnc@slt.net.lk) web:www.slnc.lk TEL : 0112693227, 0112693224 FAX : 01126932228