



**DIABETES ASSOCIATION OF SRI LANKA  
NATIONAL DIABETES CENTRE**

50, Sarana Mawatha, Kotte Road, Rajagiriya, Sri Lanka  
Tel: +94 11 2872951-2 / 2883318 Fax: +94 11 2872952  
E-mail: [dacl@sltnet.lk](mailto:dacl@sltnet.lk) Web: [www.diabetessrilanka.org](http://www.diabetessrilanka.org)



**விபரமறிந்து தெரிவிக்கும் இணக்கப் படிவம்**

அன்புள்ள பங்கேற்பாளர்/பெற்றோர்/பாதுகாவலர்,

**இலங்கையிலுள்ள நீரிழிவு வகை 1ஐ உடைய நபருக்கான ஒரு தேசிய பதிவேட்டின்  
அபிவிருத்தி**

நீரிழிவு வகை 1ஐ உடைய நபருக்கான தேசிய பதிவேட்டின் வடிவமைத்தலில் உங்களது அல்லது உங்கள் குழந்தையின் பங்களிப்பு மிக அவசியமானது. தாங்கள் இதற்கு இணங்கினால் கீழுள்ள படிவத்தில் கையொப்பமிட்டு தங்கள் உடன்பாட்டை தெரிவிக்குமாறு தாழ்மையுடன் வேண்டுகிறேன்.

நன்றி.

உங்கள் உண்மையுள்ள,

வைத்திய கலாநிதி மஹேன் விஜேசூரிய MD(Cey),FRCP(Lond),FCCP(Cey),  
முதலான விசாரணையாளர்  
செயலாளர் - இலங்கை நீரிழிவுச் சங்கம்,  
கௌரவ நிர்வாகி - தேசிய நீரிழிவு நிலையம்,

**பங்கேற்பாளர்/பெற்றோர்/பாதுகாவலரால் பூர்த்திசெய்யப்படவேண்டிய எழுத்து மூல  
இணக்கப் படிவம்**

\_\_\_\_\_ ஆகிய நான்  
செல்வன்/செல்வி/திரு/திருமதி \_\_\_\_\_ உடைய  
பங்கேற்பாளர்/பெற்றோர்/பாதுகாவலர், இத்தால் உறுதிப்படுத்துவது என்னவெனில்  
இலங்கை நீரிழிவுச் சங்கத்தினால் வடிவமைக்கப்படும் நீரிழிவு வகை 1ஐ உடைய  
நபருக்கான தேசிய பதிவேடு தொடர்பான நடைமுறைகள் எனக்கு/எமக்கு முழுமையாக  
விபரிக்கப்பட்டுள்ளது. எனது/எமது குழந்தையின் தரவுகளை இப் பதிவேட்டில்  
உட்புகுத்துவதற்கு எனது/எமது உடன்பாட்டை தெரிவிக்கிறேன்/தெரிவிக்கிறோம்.

\_\_\_\_\_ பங்கேற்பாளர் கையொப்பம்

\_\_\_\_\_ திகதி

\_\_\_\_\_ பெற்றோர்/பாதுகாவலர் கையொப்பம்

\_\_\_\_\_ திகதி

\_\_\_\_\_ நேர்முகத் தேர்வாளர் கையொப்பம்

\_\_\_\_\_ திகதி