ශ්‍රී ලංකා සබරගමුව විශ්වවිද්‍යාලය
Sabaragamuwa University of Sri Lanka

ව්‍යවහාරික විද්‍යා පීඨය
Faculty of Applied Sciences

නිසි පරිදි සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත්, අදාළ අධ්‍යයන වර්ෂය ආරම්භ වීමට පෙර අදාළ අධ්‍යයනාංශය වෙත භාර දිය යුතුය.
Duly filled application should be handed-over to the respective Department of studies before commencement of the academic year.

අධ්‍යයන පාඨමාලාව කල් දැමීම සඳහා අභියාචනය / Request to defer the course of Study

මූලකුරු සමඟ නම
(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්)
Name with initials:
(in **BLOCK CAPITAL** letters)

Mr. | Ms.

ලියාපදිංචි අංකය/ Registration No.: විභාග අංකය / Index No.

අංශය / Department: **CIS** **FST** **NR** **PST** **SSPE**

ලිපිනය/Address:

අධ්‍යයන වර්ෂය / Academic Year: ..... දැනට සිටින වර්ෂය හා වර්ෂාර්ධය / Current Year & Semester:

හේතුව/Reason: .....

.....

වෛද්‍ය සහතික අංකය **Medical Certificate No.**	නිකුත් කළ දිනය **Issued Date**	වෛද්‍ය සහතිකය මගින් ආවරණය වන කාල සීමාව/ දින ගණන **Period of Medical**		වෛද්‍ය සහතික වර්ගය **(x සළකුණ යොදන්න) Type of Medical Certificate (tick x)**			වෙනත් කරුණු**Remarks**
				SUM	**GHM**	**PM**	

SUM: Sabaragamuwa University Medical
GHM: Government Hospital Medical
PM: Private Medical endorsed by Sabaragamuwa University Medical Centre

අධ්‍යයන වර්ෂය වසරකින් කල් දමා ගැනීම සඳහා අවසර ලබා දෙන මෙන් කාරුණිකවඉල්ලා සිටිමි. (වෛද්‍ය සහතිකය / අවශ්‍ය ලියකියවිලි අමුණා ඇත).
Please be good enough to allow me to defer the academic year by one-year. (Medical Certificate / supporting document is attached).

දිනය / Date: .....

.....
ශිෂ්‍යයාගේ අත්සන
Signature of the Student

(FOR THE USE OF DEPARTMENT OF STUDIES)

Dean / Faculty of Applied Sciences

Submitted for the recommendation of the Faculty Board to the Senate for its approval.

Date: …….

.....
Head / Dept. of ……..
(seal)

(FOR OFFICE OF THE DEAN USE ONLY)

Faculty Board Meeting No. ..... Date: .....

The Faculty Board has recommended / not recommended the request. If not recommended, reason: .....

.....

.....
Asst. Registrar / FAS