

ඔෆෂඩ් භෞතික තොග සත්‍යාපනය

ආයතනය :-

ගබඩාව :-

අනු අං	ඔෆෂඩ් යේ නම	ඒකකය දින භෞතික ශේෂය	වෙනත් කරුණු (Expired/ quality Failure)
01.				
02.				
03.				
04.				
05.				
06.				
07.				
08.				
09.				
10.				
11.				
12.				

දකුණු පළාත් අභ්‍යන්තර විගණන දෙපාර්තමේන්තුවේ විගණන නිලධාරීන් විසින්.....දින ඔෆෂඩ් ගබඩාව පරීක්ෂා කරන අවස්ථාව වන විට මා භාරයේ පැවති ඔෆෂඩ් ප්‍රමාණය ඉහත සඳහන් කර තිබෙන ප්‍රමාණය පමණක් බවත් වෙනත් ස්ථානයක මෙම ඔෆෂඩ් ගබඩා කර නොමැති බවත් සහතික කර ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

අත්සන :-

නම :-

තනතුර:-