

### කල් ඉකුත් වූ ඔගෂධ

ආයතනය :- .....

අනු අං.	ඔගෂධයේ නම	ප්‍රමාණය	කල් ඉකුත් වූ දිනය	කල් ඉකුත් වීමට පෙර ගෙන ඇති ක්‍රියාමාර්ග
01.				
02.				
03.				
04.				
05.				
06.				
07.				
08.				
09.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				

දකුණු පළාත් අභ්‍යන්තර විගණන දෙපාර්තමේන්තුවේ විගණන නිලධාරීන් විසින්.....දින පෙ.ව./ප.ව.....ට පමණ ඔගෂධ ගබඩාව පරීක්ෂා කරන

අවස්ථාව වන විට ඉහත සඳහන් කල් ඉකුත් වූ ඖෂධ ගබඩාව තුළ පැවති බව සහතික කරමි.

අත්සන :- .....

නම :- .....

තනතුර:- .....

දිනය :- .....