

Practical Training Internship in Counselling Skills
උපදේශන කුසලතා පිළිබඳ ප්‍රායෝගික හා සීමාවාසික පුහුණුව

Batch-
කණ්ඩායම-

Full Name-
සම්පූර්ණ නම-

Birth of Date-
උපන් දිනය

ID Number-
ජාතික හැඳුනුම්පත

Address-
ලිපිනය

.....

Contact Details-
දුරකථන අංක

- Home (නිවස)-
- Mobile (ජංගම)-

E-mail address-
විද්‍යුත් ලිපිනය

Occupation-
වෘත්තිය

Education Qualification-
අධ්‍යාපන සුදුසුකම්

.....
.....

Professional experience in Psychology / Counselling / Mental Health-
මනෝවිද්‍යාව/ උපදේශනය/ මානසික සෞඛ්‍යය පිළිබඳ වෘත්තීය පළපුරුද්ද

.....

***If you do not have a psychology/counselling related education qualification or experience please attach a letter of request (ඔබට මනෝවිද්‍යාව/උපදේශනය සම්බන්ධ අධ්‍යාපන සුදුසුකම් හෝ පළපුරුද්දක් නොමැති නම් කරුණාකර ඉල්ලීම් ලිපියක් අමුණන්න)**

Name the University/Institution where the internship was directed-
සීමාවාසික පුහුණුවට යොමු කළ විශ්වවිද්‍යාලය/ආයතනය

.....

Expected number of hours-
අපේක්ෂිත පැය ගණන

Payment –
ගෙවීම් (Specify amount by number of hours/
පැය ගණන අනුව ගෙවීම සඳහන් කරන්න)

1 st Installment/ පළමු වාරිකය	2 nd Installment/දෙවන වාරිකය

I hereby declare that the information given above is true and accurate to the best of my knowledge.

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය සහ නිවැරදි බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

Date/දිනය.....

Signature/අත්සන.....