New revised updated format -2025.09.25

APPLICATION FOR RGISTRATION AS APPRENTICE PHARMACIST

For Office Use	Date	Reg No.	Registrar's Approval:

Colour Photograph 25 x 35mm

Full Name:

Gender: **Male/Female** **Date of Birth:** **EPF No :** **ETF NO :**

Address:

Mobile No : **Residence No:** **NIC No:**

Email: **Citizenship: Sri Lankan /Dule**

O/L Exam Information Index No..........................Year...........

Subject	Result	Subject	Result
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

A/L Exam Information Index No.....................Year**...........(Science stream)**

Subject	Result
1.	
2.	
3.	
4.	

University/Institute Information

Details of the Degree:

Name of the University:

☐ I Certify that I have, provided correct information, bears good moral character and not charged in a court of law, no pending or concluded legal cases against me on criminal grounds.

(Signature).. (Date).......................................

To be Completed by the Supervising (Practicing) Pharmacist. **Pharmacist's SLMC Reg No.........................**

Full Name: (In the SLMC Register)

Address: (As in the Register)

Name of the Pharmacy and Address:

☐ I hereby certify that I have undertaken to train the above apprentice under me and that the apprentice is eligible for registration. Please issue him/her an Indenture form.

Signature

Sri Lanka Medical Council

APPRENTICE PHARMACIST INDENTURE

For office use - Reg. No. [ ]

Apprentice (applicant)

Full Name: [ ]

Address: [ ]

[ ]

Pharmacist

Name: [ ]

Address: [ ]

[ ]

SLMC Registered No: [ ]

1. The apprentice of his own free will binds himself apprentice or pupil to the pharmacist to be taught and instructed in the profession of pharmacist for the term of two years from the date hereof
2. The apprentice covenants with pharmacist as follows:
   (a) That he will during the said term will and truly serve the pharmacist as an apprentice in the profession of a pharmacist carried on by him at NAMEOFPHARMACY&ADDRESS [ ]

   [ ]

   (The Registrar of the Sri Lanka Medical Council should be notified within two weeks of any change in place of work)

   (b) That he will diligently attend to the business and concerns of the pharmacist from the hour of ten o'clock in the morning until the hour of seven o'clock in the evening except such reasonable intervals as may be allowed to the apprentice for refreshment.

   (c) That he will do no damage or injury to the pharmacist nor knowingly suffer the same to be done without acquainting the pharmacist thereof

   (d) That he will in all respect acquit and demean himself as an honest and faithful apprentice ought to do.
3. In consideration of the premium of Rupees.. paid to the pharmacist to the apprentice (the receipt whereof the hereby acknowledges) the pharmacist covenants with the apprentice as follows: -
   (a) That he during the said term according to the best if his power skill and knowledge instruct the apprentice or cause him to be instructed in the profession of a pharmacist and in all things incidental thereto in such a manner as he now practices or at any time hereafter shall practice the same.

   (b) That he will pay the apprentice during the said during so much, thereof as the apprentice shall continue to be his apprentice as aforesaid the several sums following in lieu of the board and lodging of the apprentice. Namely the sum of Rupees... for the first year of the said term and the sum of Rupees...for the second year of the said term.

   (c) That he will if the apprentice shall die at time twelve calendar months from the date of these presents, return to the executors, administrators or assign of the apprentice Rupees...part of the said premium.

   (d) That he will not require to attend to the business of concerns of the pharmacist more than eight hours in any one day, unless the apprentice shall be unavoidably engaged about the proper business of the pharmacist out of his office and that in case the apprentice shall be so employed, he the pharmacist will bear and pay all extraordinary expenses to which the apprentice shall be necessarily put on such account.

   (e) That it shall be lawful for the apprentice on giving six months notice in writing, to determine the said term at the expiration of the first or second year thereof. Provided nevertheless that the apprentice shall not in that case claim any of the said sums of herein before covenanted to be paid by the pharmacist in respect of the residue them unexpired of the said term,

   (f) That in case pharmacist shall die before the end of sooner determination of the said term, the executors or administrators of the pharmacist will pay to the apprentice the sum of Rupees...forever complete year of the said term which shall then remain unexpired.

IN WITNESS WHEREOF we hereto set out hands.

	Name	NIC	Signature
Pharmacist			
Witness 1			
Apprentice			
Witness 2			

For office use only

[ ]

Date

Registrar's Approval [ ]

Sri Lanka Medical Council

Instructions for the Registration of Apprentice Pharmacists

(Updated on25.09.2025)

1. Required Qualifications

- Applicants must:
  a. Be a Sri Lankan citizen.
  b. Be of good character.
  c. Have passed the G.C.E. (O/L) or an equivalent examination, including English.
  d. Have passed the G.C.E. (A/L) or an equivalent examination **in one sitting, in three subjects,** with Chemistry and at least two of the following: Biology, Botany, Physics, Zoology, Agriculture, or another **biological science subject** acceptable to the Council.

2. Important Instructions (Before Submitting the Online Application)

A. Your Supervising (Practicing) Pharmacist must be:
- Registered with the SLMC as a Pharmacist and hold an **active registration**.
- Serving as a community pharmacist in a community pharmacy (Pharmacists working in internal pharmacies of government institutions are not accepted).

B. Each Supervising (Practicing) Pharmacist shall train a maximum of **six** Apprentice Pharmacists per calendar year (01 January – 31 December).

C. Only applications submitted in the newly revised format will be accepted **("New Revised updated format -2025.09.25**). **Old formats are not acceptable.**

D. The name on your G.C.E. (O/L) and A/L certificates must match your national identity card.
- If there is a discrepancy, you must correct it through the Department of Examinations.
- If your name has changed due to marriage, please bring the original Marriage Certificate and Birth Certificate.

E. It is mandatory to provide your EPF and ETF numbers in the application.

F. If you have completed equivalent examinations in place of G.C.E. (O/L) and A/L, you must provide an **official equivalency letter** from the Department of Examinations.

3. How to Apply Online

1. Download and complete the Application and Indenture Form from the SLMC website.
2. Visit: **www.slmc.gov.lk** → Click *Practitioners* → Click *Pharmacist*
3. Select **Apprentice Pharmacist "E" Services**, create an account, and register.
4. Complete the online application and upload scanned documents (PDF format).
5. Book your interview slot and select a date and time.
   Please note: Once selected, the date and time cannot be changed.
6. After submission, you will receive an acknowledgement SMS.
7. On your interview date, report to the SLMC office with all required documents.

Please note: Applications by post will not be accepted.

4. Payment Details

- Bank :Bank of Ceylon
- Branch : Maradana
- Account No. : 0000371208
- Account Holder : Sri Lanka Medical Council
- Payment Category: AP
- Amount : Rs. 3,500/-

(If paying via CDM machine, bring a photocopy of the payment slip.)

5. Documents to Produce at the Interview

- Duly Completed Application **("New Revised updated format -2025.09.25**), Indenture Form, and the Affidavit (Attached with the application) must be signed by a JP or Attorney-at-Law on a Rs. 50/- stamp **confirming that the apprentice will not undertake paid or voluntary employment in any state department or corporation.**
- Apprentice Pharmacist's EPF and ETF numbers (must be included in the application).
- Original payment slip.
- Original National Identity Card.
- Original G.C.E. (O/L) and A/L certificates (issued by the Department of Examinations).
- One (01) passport-size color photograph.
- Self-addressed stamped envelope (10" x 4.5") with Rs. 110/- stamp.

6. Important Notes

- The Indenture Form must be printed on a separate sheet. Altered indentures will not be accepted.
- Incomplete applications or failure to provide required documents will result in rejection at the interview.

Registrar
Sri Lanka Medical Council
No. 31, Norris Canal Road, Colombo 10.
071 741 2222 / 071 635 5742
ap@slmc.gov.lk | www.slmc.gov.lk

AFFIDAVIT

I --(Name in Full)

Holder of NIC bearing no. -- Sri Lankan

-------------------------(Religion) of --
--- (Address)

Do hereby solemnly, sincerely, and truly declare are affirms/swear as follows.

1. I am the affirmant above named.
2. I do not undertake part or voluntary employment in any capacity or position as a regular employee of any state department or corporation state program.

Signature of the Declarant

Read over explained.
Signed and affirmed.
at -------------------- on
this ------------------ day of
------------------------- 2024

Signature of the Justice of Peace

New Revised updated format -2025.09.25

ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව

ඖෂධවේදීන් සඳහා ආධුනිකත්ව ලියාපදිංචිය සඳහා උපදෙස් පත්‍රිකාව

(2025.09.25 දින යාවත්කාලීන කරන ලද)

1.අවශ්‍ය සුදුසුකම්

- අයදුම්කරුවන්:

I. ශ්‍රී ලාංකික පුරවැසියෙකු විය යුතුය.
II. යහපත් චරිතයකින් යුක්ත විය යුතුය.
III. අ.පො.ස. (සා/පෙළ) හෝ ඊට සමාන විභාගයකින් ඉංග්‍රීසි ඇතුළුව සමත් වී තිබිය යුතුය.
IV. අ.පො.ස. (උ/පෙළ) හෝ ඊට සමාන විභාගයකින් රසායන විද්‍යාව ඇතුළුව ජීව විද්‍යාව, උද්භිද විද්‍යාව, භෞතික විද්‍යාව, සත්ව විද්‍යාව, කෘෂිකර්මය හෝ සභාවට පිළිගත හැකි **ජීව විද්‍යා විෂයයන්** දෙකක් සමඟින් **විෂයයන් තුනකින් එකවර සමත්** වී තිබිය යුතුය.

2. මාර්ගගත අයදුම්පත ඉදිරිපත් කිරීමට පෙර පිළිපැදිය යුතු වැදගත් උපදෙස්.

1) ඔබේ අධීක්ෂණ (පුහුණු) ඖෂධවේදියා:
   - SLMC හි ඖෂධවේදියෙකු ලෙස ලියාපදිංචි වී ක්‍රියාකාරී ලියාපදිංචියක් තිබිය යුතුය.
   - ප්‍රජා ඖෂධ ශාලා තුළ ප්‍රජා ඖෂධවේදියෙකු ලෙස සේවය කිරීම (රජයේ ආයතනවල අභ්‍යන්තර ඖෂධවේදියෙකු ලෙස සේවය කරන ඖෂධවේදීන් පිළිගනු නොලැබේ).
2) සෑම අධීක්ෂණ (පුහුණු) ඖෂධවේදියෙකුම වර්ෂයකට (ජනවාරි 01 - දෙසැම්බර් 31) උපරිම වශයෙන් ආධුනික ඖෂධවේදීන් **හය දෙනෙකු** පුහුණු කළ හැක.
3) නව සංශෝධිත ආකෘතියෙන් ඉදිරිපත් කරන ලද අයදුම්පත්("නව සංශෝධිත යාවත්කාලීන ආකෘතිය - 2025.09.25) පමණක් පිළිගනු ලැබේ. **පැරණි ආකෘති පිළිගනු නොලැබේ.**
4) ඔබගේ අ.පො.ස. (සා.පෙළ) සහ උසස් පෙළ සහතිකවල නම ඔබගේ ජාතික හැඳුනුම්පතට ගැළපිය යුතුය.
   - විෂමතාවයක් තිබේ නම්, ඔබ විභාග දෙපාර්තමේන්තුව හරහා එය නිවැරදි කළ යුතුය.
   - විවාහය හේතුවෙන් ඔබගේ නම වෙනස් වී ඇත්නම්, විවාහ සහතිකය සහ උප්පැන්න සහතිකයේ මුල් පිටපත් රැගෙන එන්න.
5) අයදුම්පතෙහි ඔබගේ EPF සහ ETF අංක ලබා දීම අනිවාර්ය වේ.
6) ඔබ අ.පො.ස. (සා.පෙළ) සහ උසස් පෙළ වෙනුවට සමාන විභාග සම්පූර්ණ කර ඇත්නම්, ඔබ විභාග දෙපාර්තමේන්තුවෙන් ලබා ගත් **නිල සමානතා ලිපිය** ඉදිරිපත් කල යුතුය.

3. මාර්ගගත අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරන ආකාරය.

1. SLMC වෙබ් අඩවියෙන් අයදුම්පත සහ indenture පෝරමය බාගත කර සම්පූර්ණ කරන්න.
2. පිවිසෙන්න: **www.slmc.gov.lk → වෘත්තිකයන් (practitioners) → ඖෂධවේදි (Pharmacist)**
3. ආධුනිකයෙකු ඖෂධවේදී "E" සේවා, ගිණුමක් සාදා ලියාපදිංචි වන්න.
4. මාර්ගගත අයදුම්පත පුරවා ස්කෑන් කරන ලද ලේඛන උඩුගත කරන්න (PDF ආකෘතිය).
5. ඔබේ සම්මුඛ පරීක්ෂණ ස්ථානය වෙන්කරවාගෙන දිනයක් සහ වේලාවක් තෝරන්න.

   වැදගත් **: තෝරාගත් පසු, දිනය සහ වේලාව වෙනස් කළ නොහැක.**
6. ඉදිරිපත් කිරීමෙන් පසු, ඔබට කෙටි පණිවිඩයක් ලැබෙනු ඇත.
7. ඔබේ සම්මුඛ පරීක්ෂණ දිනයේදී, අවශ්‍ය සියලුම ලියකියවිලි සමඟ SLMC කාර්යාලයට වාර්තා කරන්න.

   වැදගත් **: තැපෑලෙන් අයදුම්පත් පිළිගනු නොලැබේ.**

4.ගෙවීම් විස්තර

· බැංකුව : ලංකා බැංකුව
· ශාඛාව : මරදාන
· ගිණුම් අංකය : **0000371208**
· ගිණුම් හිමියා : ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව
· ගෙවීම් කාණ්ඩය: AP
· මුදල : රු**. 3,500/-**

(CDM යන්ත්‍රය හරහා ගෙවන්නේ නම්, ගෙවීම් පත්‍රිකාවේ ඡායා පිටපතක් රැගෙන එන්න.)

5. සම්මුඛ පරීක්ෂණයේදී ඉදිරිපත් කළ යුතු ලියකියවිලි

- සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත (නව සංශෝධිත යාවත්කාලීන ආකෘතිය -2025.09.25), Indenture පත්‍රය සහ ආධුනිකයා කිසිදු රාජ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුවක හෝ සංස්ථාවක වැටුප් සහිත හෝ ස්වේච්ඡා රැකියාවක් නොකරන බව රු. 50/- මුද්දරයක සාම විනිසුරු හෝ නීතිඥවරයෙකු විසින් අත්සන් කර සනාථ කරන ලද දිවුරුම් ප්‍රකාශය. (දිවුරුම් ප්‍රකාශය අයදුම්පත සමඟ අමුණා ඇත)
- ආධුනික ඖෂධවේදියෙකුගේ EPF සහ ETF අංක (අයදුම්පතෙහි සඳහන් කළ යුතුය).
- ගෙවීම් පත්‍රිකාව මුල් පිටපත (රු. 3500/-)
- ජාතික හැඳුනුම්පත මුල් පිටපත
- අ.පො.ස. (සා/පෙළ) සහ උසස් පෙළ සහතික (විභාග දෙපාර්තමේන්තුව විසින් නිකුත් කරන ලද) මුල් පිටපත
- විදේශ ගමන් බලපත්‍ර ප්‍රමාණයේ වර්ණ ඡායාරූපයක්.
- රු. 110/- මුද්දරයක් සහිත ඔබේ ලිපිනය සහිත මුද්දර සහිත ලියුම් කවරයක් (10” x 4.5”).

6. වැදගත් සටහන්

· Indenture පත්‍රය වෙනම කඩදාසියක මුද්‍රණය කළ යුතුය. වෙනස් කරන ලද Indenture පිළිගනු නොලැබේ.
· අසම්පූර්ණ අයදුම්පත් හෝ අවශ්‍ය ලියකියවිලි ලබා දීමට අපොහොසත් වීම සම්මුඛ පරීක්ෂණයේදී අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප වීමට හේතු වේ.

ලේඛකාධිකාරී
ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව
අංක 31, නොරිස් කැනල් පාර, කොළඹ 10.
071 741 2222 / 071 635 5742
ap@slmc.gov.lk | www.slmc.gov.lk

දිවිරුම් ප්‍රකාශය.

ශ්‍රී ලංකා ප්‍රජාතාන්ත්‍රික සමාජවාදී ජනරජයේ --------------------- පළාතේ ------------

දිස්ත්‍රික්කයේ ------------------- මැතිවරණ කොට්ඨාශයේ අංක -------------------------

ග්‍රාම සේවා වසමේ --

ලිපිනයෙහි පදිංචි --

වන මමු(ආගම) -------------------------------- ආගමිකයකු වශයෙන් ගෞරව බහුමානයෙන් යුක්තවද අවංකවද සත්‍යලෙසද ප්‍රතිඥා දී මෙහි පහත සඳහන් පරිදි ප්‍ර කාශ කරමි

01 මෙම දිවුරුම් ප්‍රකාශයේ ඉහත නම සඳහන් දිවුරුම් ප්‍රකාශක/ ප්‍රකාශිකා මම වෙමි.

02 මාගේ හැඳුනුම්පත්‍රයේ අංකය --

03 ඉහත ලිපිනයේ සහ නම සඳහන් මා ආධුනික ඖෂධවේදියකු වශයෙන් ලියාපදිංචි වීමට ඉල්ලුම්කර ඇති අතර එම පුහුණුව ලබන වසර දෙකක කාලයක් නිත්‍ය සේවකයෙකු/සේවිකාවක ලෙස රජ්‍ය ආයතනයක, සංස්ථාවක, දෙපාර්තමේන්ත ුවක, කිසිදු තනතුරක වැටුප් සහිත හෝ ස්වේච්ඡාවෙන් සේවය නොකරන බවට ඉහත දිවුරා පහත අත්සන්කර ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

දිවුරුම් ප්‍රකාශකගේ අත්සන

ඉහත සඳහන් ප්‍රකාශය කියවා තේරුම්කර දෙන ලදුව ඇය/ඔහු විසින් එකී කරුණු තේරුම් ගත් බවට සෑහීමට පත්වීමෙන් 2024 -------------------- මස -------- දින ----------------------------------- දී මා ඉදිරිපිටදී ස්වකීය අත්සන යොදන ලදී.

සමාදාන විනිශ්චයකාර (නිල මුද්‍රාව)

<u>சத்திய கடிதம்</u>

நான் ....(முழு பெயர்)... இலக்கம் கொண்ட இலங்கை தேசிய அடையாள அட்டையை வைத்திருப்பவர்…..(மதம்)
....(முகவரி)

இதன்மூலம் மனப்பூர்வமாகவும், உண்மையாகவும், கீழ்க்கண்டவாறு உறுதியளிக்கிறேன்/சத்தியம் செய்கிறேன்

1. மேலே குறிப்பிடப்பட்ட பெயர் கொண்ட என்னுடைய உறுதிமொழி
2. நான் எந்த சந்தர்ப்பத்திலும் பகுதி நேரஅல்லது தன்னார்வ வேலையில் ஈடுபடவில்லை அத்துடன் எந்தவொரு அரச துறையிலும் அல்லது அரசு அல்லாத துறையிலும் ஒரு வழக்கமான பணியாளராக வேலை செய்யவில்லை.

....

கையொப்பம்

(ரூபாய். 50 முத்திரைக்கு மேல் கையொப்பம் இட வேண்டும்.)

படித்து விளக்கினார்

கையொப்பமிட்டு உறுதிப்படுத்தப்பட்டது

....(கையொப்பமிட்ட இடம்)

இல் .... அன்று.(திகதி)

....

சமாதான நீதிபதியின் கையொப்பம்

(பெயர் மற்றும் தலைப்பு)