

දුරකථන ) 0112669192 , 0112675011  
 தொலைபேசி ) 0112698507 , 0112694033  
 Telephone ) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස් ) 0112693866  
 பெக்ஸ் ) 0112693869  
 Fax ) 0112692913

පිදුපුත් තැපෑල ) postmaster@health.gov.lk  
 மின்னஞ்சல் முகவரி )  
 e-mail )

වෙබ් අඩවිය ) www.health.gov.lk  
 இணையத்தளம் )  
 website )



සුවසිරිපාය  
 சுவசிரிபாய  
 SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
 எனது இல ) NA/06/01/2015  
 My No. )

ඔබේ අංකය )  
 உமது இல )  
 Your No. : )

දිනය )  
 திகதி ) 2015.07./22  
 Date )

සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
 சுகாதாரம் மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு  
 Ministry of Health & Indigenous Medicine

වකු ලේඛ අංකය - 02-85/2015

ශ්‍රී ලංකා ජාතික රෝහලේ අධ්‍යක්ෂ/  
 සියලුම ශික්ෂණ රෝහල්/ මහ රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන්,  
 සියලුම මූලික රෝහල්/ විශේෂිත ආයතන ප්‍රධානීන් අතුළු  
 රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සියලුම ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත.

හෙද/ හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2015

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සියලුම රෝහල් හා ආයතන වල සේවය කරන ස්ථාන මාරු ලබා ගැනීමට අපේක්ෂාවෙන් සිටින හෙද නිලධාරීන්ගෙන්/ නිලධාරිණියන්ගෙන් 2015 වර්ෂය සඳහා අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ.

02. ස්ථාන මාරු ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන පහත අවශ්‍යතා සපුරා ඇති නිලධාරීන් ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කළ යුත්තේ ඔවුන්ට අදාළ අකෘතිය මඟින්ය.

- I. 2014.12.31 දිනට එක් සේවා ස්ථානයක වසර හතරක (04) ක අඛණ්ඩ සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද 111 ශ්‍රේණිය, 11 ශ්‍රේණිය හා 1 ශ්‍රේණියට උසස්වීම් ලද නිලධාරීන්. (ඇමුණුම 01)
- II. මහරගම ජාතික පිළිකායතනය, ජාතික මානසික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය, වැලිසර ප්‍රිය රෝහල හා අංගොඩ මූලික රෝහල (අයි.ඩී.එච්) හි සේවය කරන 2014.12.31 දිනට වසර දෙකක (02) සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද නිලධාරීන් (ඇමුණුම 01)
- III. 2014.12.31 දිනට එක් සේවා ස්ථානයක වසර හතරක (04) සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද, 1 වන ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන /මහජන සෞඛ්‍ය/ රෝහල් සේවා) ලෙස සේවය කරන නිලධාරීන් (ඇමුණුම 02)
- IV. 2014.12.31 දිනට එක් සේවා ස්ථානයක වසර හතර (04) ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද, විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන /මහජන සෞඛ්‍ය / රෝහල් සේවා ) ලෙස සේවය කරන නිලධාරීන් (ඇමුණුම 03)

- V. නියමිත සේවා කාලය සම්පූර්ණ නොකළ ද, ආබාධිත දරුවන් , දීර්ඝ කාලීනව අසනීප මත එක්තැන්ව සිටින කලක්රයන් සහ වෛද්‍ය හේතු ( වෛද්‍ය හේතූන් මත ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන නිලධාරියන් පිළිගත හැකි වෛද්‍ය සහතික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතුය) ආදී වෙනත් සාධාරණ හේතු සහිත ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත නිලධාරියන් (ඇමුණුම 01)
- VI. නියමිත සේවා කාලය සම්පූර්ණ නොකළ ද ආබාධිත දරුවන් , දීර්ඝ කාලීනව අසනීප මත එක්තැන්ව සිටින කලක්රයන් සහ වෛද්‍ය හේතු ( වෛද්‍ය හේතූන් මත ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන නිලධාරියන් පිළිගත හැකි වෛද්‍ය සහතික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතුය) ආදී වෙනත් සාධාරණ හේතු සහිත ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත 1 වන ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන / මහජන සෞඛ්‍ය / රෝහල් සේවා) ලෙස සේවය කරන නිලධාරියන් ඇමුණුම 02 මඟින්ද විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන / මහජන සෞඛ්‍ය / රෝහල් සේවා) ලෙස සේවය කරන නිලධාරීන් ඇමුණුම 03 මඟින්ද අයදුම් කළ යුතුය.
- VII. පළාත් රාජ්‍ය සේවයට අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂා කරන සේවය ස්ථිර කරන ලද / විනය කරුණු නොමැති නිලධාරීන් ඉහත ඇමුණුම 01 / ඇමුණුම 02/ ඇමුණුම 03 ආකෘතියට අමතරව රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති හි 10 පරිච්ඡේදය ( ඇමුණුම 04 ) ද සම්පූර්ණ කර ස්ථාන මාරු අයදුම්පත සමඟ එවිය යුතුය.

03. අයදුම් කළ යුතු ආකාරය

- I. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීමේදී සලකා බලනු ලබන්නේ ඒ සඳහා සකස් කර ඇති අකෘති පත්‍රයට අනුකූලවම ඉදිරිපත් කරන අයදුම්පත් පමණි. තවද මීට පෙර ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර තිබුණ ද, ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලැබී නොමැති නිලධාරීන් මෙම වක්‍ර ලේඛය ප්‍රකාරව ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය. දැනටමත් වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා සිටින නිලධාරියන් මෙම වක්‍ර ලේඛ ප්‍රකාරව ස්ථාන මාරු අයදුම් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ.
- II. සෑම නිලධාරියෙක් පිළිබඳවම නිවැරදි හා සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීමට සෑම ආයතන ප්‍රධානියෙක්ම වග බලා ගත යුතුය. එමෙන්ම මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ආයතනයේ සියලුම හෙද නිලධාරියන්ට ( ප්‍රසූත නිවාඩු , විශේෂ නිවාඩු ලබා සිටින නිලධාරියන් ඇතුළත් ව) දැන ගැනීමට සැලැස්විය යුතුය. සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීමෙන් හෝ සුදුසුකම් ලත් නිලධාරියන්ට අයදුම් කිරීමට අවස්ථාව නොලැබීමෙන් හෝ ඇතිවන අපහසුතාවයන් පිළිබඳව මෙම අමාත්‍යාංශය වග නොකියන අතර, ඒ සම්බන්ධව ඒ ඒ ආයතන ප්‍රධානීන් වගකීමට බැඳෙන බව අවධාරණය කරමි.
- III. සියලුම ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය සහිතව ලේඛන ගත තැපෑලෙන් එවීමට හෝ අතින් ගෙනැවිත් භාර දීමට කටයුතු කළ යුතුය. කිසිදු හේතුවක් නිසාවත් නිලධාරියකු විසින් පෞද්ගලිකව ගෙනැවිත් දෙන අයදුම්පත් භාර ගනු නොලැබේ. එමෙන්ම සෑම ආයතනකරුම ඇමුණුම 1 අනුව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආකෘති අංක 01 සමඟ ද ඇමුණුම 02 අනුව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් සමඟ ආකෘති අංක 02 ද ඇමුණුම 03 අනුව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආකෘති අංක 03 සමඟ ද , දීර්ඝ කාලීන අසනීප මත හා වෛද්‍ය හේතු මත ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන ලද නිලධාරියන්ගේ ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් අකෘති අංක 04 සමඟ ද ඉදිරිපත් කළ යුතු වේ. මෙම නිවේදනයට පරිබාහිර සෑම අයදුම්පතක්ම දැනුම් දීමකින් තොරව ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.
- IV. අයදුම්පත් භාර ගන්නා අවසන් දිනය 2015.08.15 දින වන අතර, එදිනට පසුව ලැබෙන කිසිදු අයදුම්පතක් භාර නොගන්නා බව යළිත් අවධාරණය කරමි.

04. සැලකිය යුතුයි -

- i. කුරුණෑගල ශික්ෂණ රෝහල / කෑගල්ල ශික්ෂණ රෝහල / මහරගම දන්තායතනය යනාදී සමහර රෝහල් වල දැනටමත් පුරප්පාඩු නොමැත. ස්ථාන මාරු සලකා බලන අවස්ථාවේ පුරප්පාඩු නොමැති රෝහල් සඳහා වන ඉල්ලීම් සලකා නොබලන අතර, ඒ සම්බන්ධව අයදුම්කරුවන් සැලකිලිමත් වන ලෙස දැනුම් දෙමි.

ii. ප්‍රතිකාර සේවාව යාවත්කාලීනව පවත්වාගෙන යෑම මානව සම්පත් කළමනාකරණයේ මූලික අරමුණ බැවින්, පුරප්පාඩු පවතින සේවා අවශ්‍යතාවය ඇති, හෙද නිලධාරීන්ගේ ස්ථාන මාරු සලකා බලන නමුදු, අනුප්‍රාප්තිකයන් රහිතව රෝහලේ ප්‍රතිකාර සේවාව අධාල වන ආකාරයෙන් මුදා නොහරින බව අවධාරණය කරමි.

05. 2015 වසරට අදාළ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නිර්දේශිත ලේඛනය, 2015 නොවැම්බර් මස වන විට නිකුත්කිරීමට නියමිත අතර, ඊට පෙර ස්ථාන මාරු සම්බන්ධව විමසීම් සඳහා මෙම අමාත්‍යාංශයට පැමිණීම අනවශ්‍ය බවද නිලධාරීන්ට දන්වන්නේ නම් මැනවි.

06. මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ඔබ ආයතනයේ සෑම හෙද /හෙදී නිලධාරියෙකුටම දැන්වීමට කටයුතු කරන්න. එසේම මේ වන විට ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා තිබෙන නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත් නැවත එවීමට අවශ්‍ය නොවන බවද අදාළ විෂය ලිපිකරුවන් දැනුවත් කිරීමට ද කටයුතු කරන්න. මෙහි සඳහන් නොවන ස්ථාන මාරු සම්බන්ධව බලපාන වෙනත් කරුණු සම්බන්ධයෙන් ආයතන සංග්‍රහය හා රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති සංග්‍රහය ප්‍රකාරව අවසන් තීරණය මා විසින් ගනු ලබන බවත් සඳහන් කරමි.

*(Handwritten signature)*

ආචාර්ය ඩී.එම්. ආර්. ඩී. දිසානායක  
සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශයේ ලේකම්

ආචාර්ය ඩී. එම්. ආර්. ඩී. දිසානායක  
ලේකම්  
සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
"සුවසිරිපාය"  
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,  
කොළඹ 10

පිටපත්.

- |    |                               |   |          |
|----|-------------------------------|---|----------|
| 1. | සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්   | - | දැ.ගැ.පි |
| 2. | නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්වරුන් | - | දැ.ගැ.පි |
| 3. | අධ්‍යක්ෂවරුන්                 | - | දැ.ගැ.පි |
| 4. | වෘත්තීය සමිතී.                | - | දැ.ගැ.පි |

හෙද සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම්පත්‍රය.

තනතුර හා ශ්‍රේණිය :-

(අ) නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

01. නිලධාරියාගේ/නිලධාරිනියගේ සම්පූර්ණ නම - .....

02. මූලකුරු සමඟ නම - .....

03. මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්)

04. උපන් දිනය -	05. වයස අවු :      මාස : දින :	06. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	07. ස්ත්‍රී /පුරුෂ භාවය
08. ස්ථීර ලිපිනය	09. තාවකාලික ලිපිනය	10. දුරකතන අංකය	11. විවාහක/ අවිවාහක බව
		කාර්යාලිය -	
		පෞද්ගලික -	
12. කලත්‍රයාගේ නම		13. කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය	

14. දරුවන් පිළිබඳ විස්තර

නම	වයස	ඉගෙනුම ලබන පාසැල

15. හෙද සේවයේ පූර්ව සේවා ස්ථාන පිළිබඳ විස්තර

සේවය කළ රෝහල / ආයතනය	සේවා කාලය (සිට - දක්වා)

16. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු

සේවා ස්ථානය	සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය
I	
II	
III	

17. ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කිරීමට හේතුව (උක්ත මනාප සම්බන්ධයෙනි)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ඉහත සඳහන් කර ඇති සියළු ම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

.....  
දිනය නිලධාරියාගේ අත්සන

(ආ) විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ නිර්දේශය.

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව, නිලධාරියා/නිලධාරියා මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි./නොකරමි.

.....  
දිනය අත්සන

(ඇ) ආයතනික තොරතුරු

- 18. මුල් පත්වීමේ දිනය :- .....
- 19. සේවය ස්ථිර කර ඇති/නැති බව:- .....
- 20. වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය:-.....
- 21. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (2014.12.31 දිනට):- .....
- 22. නිලධාරියා/නිලධාරිණිය සම්බන්ධයෙන් විනය ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන තිබේද ? .....

එසේ නම්, යොමු අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න.

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා මා විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. එසේම මෙම නිලධාරියා/නිලධාරිණිය මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම් සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බව ද සහතික කරමි.

.....  
දිනය විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර නිලධාරියාගේ අත්සන

ඇ) පරිපාලන නිලධාරී/ රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය.

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා විෂය ලිපිකරුවන් විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ඒ අනුව අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි/ නොකරමි.

.....

දිනය

.....

අත්සන

(ඉ) ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතේ අංක 1 සිට 15 දක්වාත් 18 සිට 22 දක්වාත් සඳහන් කර ඇති කරුණු නිවැරදි බව මින් සහතික කරමි.

උක්ත නම් සඳහන් නිලධාරියාගේ ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම, අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව/පසුව ලබා දීමේ පදනම මත නිර්දේශ කරමි.

.....

දිනය :-

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

**හෙද සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම්පත්‍රය.**

තනතුර හා ශ්‍රේණිය :- I ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන)

(අ) නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

01. නිලධාරියාගේ/නිලධාරිනියගේ සම්පූර්ණ නම - .....

02. මූලකුරු සමඟ නම - .....

03. මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්):- .....

04. උපන් දිනය -	05. වයස අවු : මාස : දින :	06. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	07. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය
08. ස්ථීර ලිපිනය	09. තාවකාලික ලිපිනය	10. දුරකතන අංකය	11. විවාහක/ අවිවාහක බව
		කාර්යාලීය -	
		පෞද්ගලික -	
12. කලත්‍රයාගේ නම		13. කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය	

**14. දැරුවන් පිළිබඳ විස්තර**

නම	වයස	ඉගෙනුම් ලබන පාසැල

**15. හෙද සේවයේ පූර්ව සේවා ස්ථාන පිළිබඳ විස්තර**

සේවය කළ රෝහල / ආයතනය	සේවා කාලය (සිට - දක්වා)

**16. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු**

සේවා ස්ථානය	සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය
I	
II	
III	

17. ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කිරීමට හේතුව (උක්ත මනාප සම්බන්ධයෙනි)

.....  
.....  
.....  
.....

ඉහත සඳහන් කර ඇති සියළු ම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

.....  
දිනය නිලධාරියාගේ අත්සන

(ආ) විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ නිදේශය  
අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව, නිලධාරියා/නිලධාරියා මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි./නොකරමි.

.....  
දිනය අත්සන

(ඇ) ආයතනික තොරතුරු

18. විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරි (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන) තනතුරට උසස්වූ දිනය :-

.....  
19. විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරි (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන) තනතුරේ රාජකාරි ඉටුකිරීමට වර්ථමාන සේවා ස්ථානයට වාර්ථා කළ දිනය :-.....

20. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (2014.12.31 දිනට):-.....

21. පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද පුහුණුව ලද කණ්ඩායම :- .....  
විභාග අංකය :-.....  
කුසලතා අංකය :- .....

22. නිලධාරියා/නිලධාරිණිය සම්බන්ධයෙන් විනය ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන තිබේද?

එසේ නම්, යොමු අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න.

[Empty box for signature]

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා මා විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. එසේම මෙම නිලධාරියා/නිලධාරිණිය මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම් සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බව ද සහතික කරමි.

.....  
දිනය විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර නිලධාරියාගේ අත්සන



ඇ) පරිපාලන නිලධාරී/ රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය.

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා විෂය ලිපිකරුවන් විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ඒ අනුව අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි/ නොකරමි.

.....

දිනය

.....

අත්සන

(ඉ) ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතේ අංක 1 සිට 15 දක්වාත් 18 සිට 22 දක්වාත් සඳහන් කර ඇති කරුණු නිවැරදි බව මින් සහතික කරමි.

උක්ත නම් සඳහන් නිලධාරියාගේ ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම, අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව/පසුව ලබා දීමේ පදනම මත නිර්දේශ කරමි.

.....

දිනය :-

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

**හෙද සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම්පත්‍රය.**

තනතුර හා ශ්‍රේණිය :- විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන)

(අ) නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

- 01. නිලධාරියාගේ/නිලධාරිනියගේ සම්පූර්ණ නම -.....
- 02. මූලකුරු සමඟ නම - .....
- 03. මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්):-.....

04. උපන් දිනය -	05. වයස අවු :    මාස :    දින :	06. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	07. ස්ත්‍රී /පුරුෂ භාවය
08. ස්ථීර ලිපිනය	09. තාවකාලික ලිපිනය	10. දුරකතන අංකය	11. විවාහක/ අවිවාහක බව
		කාර්යාලීය -	
		පෞද්ගලික -	
12. කලත්‍රයාගේ නම		13. කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය	

**14. දැරුවත් පිළිබඳ විස්තර**

නම	වයස	ඉගෙනුම ලබන පාසැල

**15. හෙද සේවයේ පූර්ව සේවා ස්ථාන පිළිබඳ විස්තර**

සේවය කළ රෝහල / ආයතනය	සේවා කාලය (සිට - දක්වා)

**16. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු**

සේවා ස්ථානය	සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය
I	
II	
III	

17. ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කිරීමට හේතුව (උක්ත මනාප සම්බන්ධයෙනි)

.....  
.....  
.....  
.....

ඉහත සඳහන් කර ඇති සියළු ම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

.....  
දිනය නිලධාරියාගේ අත්සන

(ආ) විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ නිර්දේශය.

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව, නිලධාරියා/නිලධාරිනිය මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි./නොකරමි.

.....  
දිනය අත්සන

(ඇ) ආයතනික තොරතුරු

- 18. විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරි (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන) තනතුරට උසස්වූ දිනය :.....
- 19 විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරි (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන) තනතුරේ රාජකාරි ඉටුකිරීමට වර්ථමාන සේවා ස්ථානයට වාර්ථා කළ දිනය :-.....
- 20. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (2014.12.31 දිනට):-.....
- 21. පහවාද් ප්‍රාථමික හෙද පුහුණුව ලද කණ්ඩායම :- .....
- විභාග අංකය :-.....
- කුසලතා අංකය :- .....
- 22. නිලධාරියා/නිලධාරිණිය සම්බන්ධයෙන් විනය ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන තිබේද?  
එසේ නම්, යොමු අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න.

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා මා විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. එසේම මෙම නිලධාරියා / නිලධාරිණිය මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම් සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බව ද සහතික කරමි.

.....  
දිනය විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර නිලධාරියාගේ අත්සන

ඇ) පරිපාලන නිලධාරී/ රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය.

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා විශය ලිපිකරුවන් විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ඒ අනුව අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි/ නොකරමි.

.....

.....

දිනය

අත්සන

**(ඉ) ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය**

පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතේ අංක 1 සිට 15 දක්වාත් 18 සිට 22 දක්වාත් සඳහන් කර ඇති කරුණු නිවැරදි බව මින් සහතික කරමි.

උක්ත නම් සඳහන් නිලධාරියාගේ ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම, අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව/පසුව ලබා දීමේ පදනම මත නිර්දේශ කරමි.

.....

.....

දිනය :-

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

අංක 10 පරිශීෂ්ටය  
(143 වගන්තිය)

ලිපිනය .....

.....

.....

දිනය .....

(දෙපාර්තමේන්තු / ආයතන ප්‍රධාන) මහින්

.....

(පත්කරීමේ නිලධාරියා)

.....

..... හි ..... තනතුරෙහි සේවය සඳහා

රජයේ සේවයෙන් ස්ථිරව / කාවකාලිකව මුදාහරින ලෙස ඉල්ලීම

1. රජයේ නිලධාරියා පිළිබඳ විස්තරය

1.1. සම්පූර්ණ නම - .....

1.2. අයත්වන සේවය - ..... පන්තිය ..... ශ්‍රේණිය .....

1.3. තනතුර - .....

1.4. සේවා ස්ථානය - .....

1.5. දෙපාර්තමේන්තුව / ආයතනය - .....

1.6. අමාත්‍යාංශය - .....

1.7. රජයේ සේවයේ ස්ථිර කළ දිනය - .....

1.8. ඉල්ලීම ඉදිරිපත් කරන දිනට වයස - අවු ..... මාස ..... දින .....

1.9. ඉල්ලීම කරන දිනය වන විට අදාළ සියලු කාර්යක්ෂමතා කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් / දෙපාර්තමේන්තු පරීක්ෂණ වලින් සමත්ව ඇති නැති බව - .....

1.10. දරමින් සිටින තනතුරේ රාජකාරී ඉටු කිරීම සඳහා විශේෂ පුහුණුවක් ලබා ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර .....

.....

.....

.....

1.11. අනිවාර්ය සේවා කාලයක් සඳහා රජය සමඟ ගිවිසුමකට බැඳී සිටී නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර.....  
 .....  
 .....

1.12. මෙයට පෙර රජයේ සේවයෙන් තාවකාලිකව මුදා හැර තිබූ අවස්ථා පිළිබඳ විස්තර

ආයතනය	තනතුර	කාල පරිච්ඡේදය	අවුරුදු	මාස
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2. මුදා හැරීමෙන් පසු නිලධාරියා සේවයෙහි නියැලීමට අපේක්ෂිත තනතුර

- 2.1. ආයතනය - .....
- 2.2. අමාත්‍යාංශය - .....
- 2.3. වෘත්තීය සමිති / සුබසාධක සංගමය - .....
- 2.4. තනතුර - .....
- 2.5. මුදාහැරීම ඉල්ලා සිටින්නේ ස්ථිරවද, තාවකාලිකවද, යන වග - .....
- 2.6. තාවකාලිකව නම් කොපමණ කාලයකටද යන වග - .....
- 2.7. තනතුරේ රාජකාරි භාරගැනීමට අපේක්ෂිත දිනය - .....

3. මා ..... හි ..... තනතුරට පත්කිරීමට කැමැත්තක් ප්‍රකාශ කරමින් ..... විසින් නිකුත් කළ ලිපිය මෙසමඳ ඉදිරිපත් කරමි.

4. මා ..... වෘත්තීය සමිතියේ / ..... සුබ සාධක සංගමයේ ..... තනතුරට තෝරාගත් බවත්, එහි කටයුතු සඳහා මා රාජ්‍ය සේවයෙන් තාවකාලිකව මුදාහැරීම අවශ්‍ය බවත් ප්‍රකාශිත එම සංගමයේ ..... රැස්වීම් වාර්තාවේ සහතික කළ පිටපතක් මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි.

5. ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බව මම සහතික කරමි. රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති 1 වන කාණ්ඩයේ 143 වගන්ති ප්‍රකාරව මෙම ඉල්ලීම කාරුණිකව ඉදිරිපත් කරමි.

ඒ අනුව ..... හි ..... තනතුරෙහි සේවය සඳහා මම රජයේ සේවයෙන් ස්ථිරව/ තාවකාලිකව මුදා හරින ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලමි.

නිලධාරියාගේ අත්සන

(වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අංක 01 ආකෘති පත්‍රය)

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් උප ලේඛනය - 2015

ආයතනයේ නම - .....

අනු අංකය	නිලධරයාගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	ශ්‍රේණිය	මුද් පත්වීමේ දිනය	මබ ආයතනයට පත්වූ දිනය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ස්ථානය	කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා

සුදුසුකම්-සපුරා ස්ථාන මාරු ඉල්ලා ඇති සියලුම නිලධරයන්ගේ ඉල්ලුම්පත් මෙම උප ලේඛනයට ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ-

අත්සන - .....

නම - .....

දිනය - .....

පරීක්ෂා කළේ-

අත්සන - .....

නම - .....

දිනය - .....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

(වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අංක 02 ආකෘති පත්‍රය)

I ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන) යන ක්ෂේත්‍ර 03 සඳහා වෙන වෙනම ආකෘති පත් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.  
 එක් සේවා ස්ථානයක වසර 04ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති, I ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරීන්ගේ විස්තර ඇතුළත් කළ යුතු අතර වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරියාගේ නම මුලින්ම ඇතුළත් කළ යුතුය.

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් උප ලේඛනය - 2015

ආයතනයේ නම - .....

අනු අංකය	නිලධාරියාගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	I ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය / අධ්‍යාපන) / කතෘතුරව උසස් වූ දිනය	I ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන) කතෘතුරේ රාජකාරී කිරීමට වර්ථමාන සේවා ස්ථානයට වාර්ථා කළ දිනය	පහවාද් ප්‍රාග්ධන හෙද විදුහල් කණ්ඩායම හා අවසන් පරීක්ෂණයේ කුසලතාවය හා විභාග අංකය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ස්ථානය	කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

පුද්ගලික සපුරා ස්ථාන මාරු ඉල්ලා ඇති සියලුම නිලධාරීන්ගේ ඉල්ලුම්පත් මෙම උප ලේඛනයට ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ -

අත්සන - .....

නම - .....

දිනය - .....

පරීක්ෂා කළේ -

අත්සන - .....

නම - .....

දිනය - .....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව



(වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අංක 03 ආකෘති පත්‍රය)

විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන) යන ක්ෂේත්‍ර 03 සඳහා වෙන වෙනම ආකෘති පත් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.  
 එක් සේවා ස්ථානයක වසර 04ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති, විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරීන්ගේ විස්තර ඇතුළත් කළ යුතු අතර වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරියාගේ නම මුලින්ම ඇතුළත් කළ යුතුය.

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් උප ලේඛනය - 2015

ආයතනයේ නම - .....

ශ්‍රේණිය - .....

අනු අංකය	නිලධාරියාගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	විශේෂ ශ්‍රේණිය ව උසස් වූ දිනය	විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය/ අධ්‍යාපන) තනතුරේ රාජකාරී ඉටු කිරීමට වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්ථා කළ දිනය	පහවාද් ප්‍රාථමික හෙද ව්‍යුහලේ අවසන් පරීක්ෂණයේ කුසලතාවය හා විභාග අංකය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ස්ථානය	කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

සුදුසුකම් සපුරා ස්ථාන මාරු ඉල්ලා ඇති සියලුම නිලධාරීන්ගේ ඉල්ලුමක් මෙම උප ලේඛනයට ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ -

අත්සන - .....  
 නම - .....  
 දිනය - .....

පරීක්ෂා කළේ -

අත්සන - .....  
 නම - .....  
 දිනය - .....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

(වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අංක 04 ආකෘති පත්‍රය)

එක් එක් ශ්‍රේණිත් සඳහා වෙන වෙනම මෙම ආකෘති පත් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

නියමිත සේවා කාලය සම්පූර්ණ නොකළ ද, පිළිගත හැකි අභියාචනා සහිතව ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කළ සියලුම නිලධාරීන්ගේ විස්තර අනිවාර්යයෙන්ම ඇතුළත් කළ යුතුය.

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් උප ලේඛනය - 2015

ආයතනයේ නම - .....

ශ්‍රේණිය - .....

අනු අංකය	නිලධාරීන්ගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	මිලි ආයතනය වසරේ වූ දිනය	ස්ථාන මාරුවක් ඉල්ලීමට හේතුව	කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

සුදුසුකම් සපුරා ස්ථාන මාරු ඉල්ලා ඇති සියලුම නිලධාරීන්ගේ ඉල්ලුම්පත් මෙම උප ලේඛනයට ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ -

පරීක්ෂා කළේ -

අත්සන - .....

අත්සන - .....

නම - .....

නම -

දිනය - .....

දිනය -

.....

දුරකථන ) 0112669192, 0112675011  
தொலைபேசி ) 0112698507, 0112694033  
Telephone ) 0112675449, 0112675280

ෆැක්ස් ) 0112693866  
பெக்ஸ் ) 0112693869  
Fax ) 0112692913

විද්‍යුත් තැපෑල ) postmaster@health.gov.lk  
மின்னஞ்சல் முகவரி )  
e-mail )

වෙබ් අඩවිය ) www.health.gov.lk  
இணையத்தளம் )  
website )



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய

SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
எனது இல ) NA/06/01/2015  
My No. )  
ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය )  
திகதி ) 2015.07.22  
Date )

සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
சுகாதாரம் மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு  
Ministry of Health & Indigenous Medicine

பொது சுற்றுநிருப இலக்கம் :- 02- 85 / 2015

இலங்கை தேசிய வைத்திய சேவை பணிப்பாளர்,

சகல போதனா வைத்தியசாலை/பொது வைத்தியசாலை பணிப்பாளர்களுக்கும்,

சகல ஆதார வைத்தியசாலை/விசேட நிறுவன பணிப்பாளர்கள் உட்பட,

அமைச்சின் நேரடி நிர்வாகத்தின் கீழுள்ள அனைத்து நிறுவன தலைவர்களுக்கும்.

தாதி உத்தியோகத்தர்களின் வருடாந்த இடமாற்றம் - 2015

சுகாதார அமைச்சின் நேரடி நிர்வாகத்திற்கு உட்படுகின்ற சகல வைத்தியசாலை மற்றும் நிறுவனங்களில் சேவை புரிகின்ற, இடமாற்றம் பெற்றுக்கொள்ள எதிர்பார்க்கின்ற தாதி உத்தியோகத்தர்களிடம் இருந்து 2015 ஆண்டிற்கான விண்ணப்பங்கள் கோரப்படுகின்றன.

02. இடமாற்றம் பெற்றுக்கொள்வதற்கு எதிர்பார்க்கின்ற கீழ் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தேவைப்பாடுகளை பூர்த்தி செய்துள்ள உத்தியோகத்தர்கள் இடமாற்ற கோரிக்கையை அவர்களுக்குரிய மாதிரியின் மூலமே விண்ணப்பித்தல் வேண்டும்.

- I. 2014.12.31 திகதிக்கு ஒரு சேவை நிலையத்தில் தொடர்ச்சியாக 4 வருட சேவை காலத்தை பூர்த்தி செய்துள்ள III தரம், தரம் II மற்றும் தரம் I இற்கு உயர்வு பெற்றுள்ள உத்தியோகத்தர்கள். (இணைப்பு 01)
- II. மஹரகம தேசிய புற்று நோய் வைத்தியசாலை, தேசிய உள நல வைத்தியசாலை, வெலிசர் காய்ச்சல் வைத்தியசாலை மற்றும் அங்கொட ஆதார வைத்தியசாலை (IDH) இல் சேவை புரிகின்ற 2014.12.31 திகதிக்க இரண்டு வருட சேவை காலத்தை பூர்த்தி செய்துள்ள உத்தியோகத்தர்கள். (இணைப்பு 01)
- III. ஒரு சேவை நிலையத்தில் 2014.12.31 திகதிக்கு தொடர்ச்சியாக 4 வருட சேவை காலத்தை பூர்த்தி செய்துள்ள தரம் I தாதி உத்தியோகத்தர்கள் (தாதிமார் கல்வி/பொதுசுகாதாரம்/வைத்தியசாலை சேவை) ஆக சேவை புரிகின்ற உத்தியோகத்தர். (இணைப்பு 02)
- IV. ஒரு சேவை நிலையத்தில் 2014.12.31 திகதிக்கு தொடர்ச்சியாக 4 வருட சேவை காலத்தை பூர்த்தி செய்துள்ள விசேட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (தாதிமார் கல்வி/பொதுசுகாதாரம்/வைத்தியசாலை சேவை) சேவை புரிகின்ற உத்தியோகத்தர். (இணைப்பு 03)

V. குறித்த சேவை காலத்தை பூர்த்தி செய்யாது இருப்பினும் அங்கவீன பிள்ளைகள், நீண்ட கால நோயினால் ஓரிடமாக உள்ள வாழ்கை துணைவர் மற்றும் மருத்துவ காரணங்கள் அடிப்படையில் (மருத்துவ காரணங்களிற்காக இடமாற்றம் கோருகின்ற உத்தியோகத்தர்கள் எற்றுக்கொள்ளக்கூடிய மருத்துவ அறிக்கை இடமாற்ற விண்ணப்ப படிவத்துடன் முன்வைக்கப்பட வேண்டும்) போன்ற நியாயமான காரணங்களிற்காக இடமாற்றம் கோருகின்ற உத்தியோகத்தர். (இணைப்பு 01)

VI. குறித்த சேவை காலத்தை பூர்த்தி செய்யாது இருப்பினும், அங்கவீன பிள்ளைகள் நீண்ட கால நோயினால் ஓரிடமாக உள்ள வாழ்கை துணைவர் மற்றும் மருத்துவ காரணங்கள் அடிப்படையில் (மருத்துவ காரணங்களிற்காக இடமாற்றம் கோருகின்ற உத்தியோகத்தர்கள் எற்றுக்கொள்ளக்கூடிய மருத்துவ அறிக்கை இடமாற்ற விண்ணப்ப படிவத்துடன் முன்வைக்கப்பட வேண்டும்) போன்ற நியாயமான காரணங்களிற்காக இடமாற்றம் கோருகின்ற தரம் I தாதி உத்தியோகத்தர்கள் (தாதிமார் கல்வி/பொதுசுகாதாரம்/வைத்தியசாலை சேவை) ஆக சேவை புரிகின்ற உத்தியோகத்தர்கள் இணைப்பு 02 மூலமும் விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (தாதிமார் கல்வி/பொதுசுகாதாரம்/வைத்தியசாலை சேவை) ஆக சேவை புரிகின்ற உத்தியோகத்தர் இணைப்பு 03 மூலமும் விண்ணப்பிக்க வேண்டும்.

VII. மாகாண அரச சேவைக்கு இணைத்துக் கொள்ள எதிர்பார்கின்ற உத்தியோகத்தர்கள் மேற்படி இணைப்பு 01/இணைப்பு 02/இணைப்பு 03 மாதிரிக்கு மேலதிகமாக அரச சேவைகள் ஆணைக்குழுவின் நடைமுறை விதிகள் ஏற்பாட்டின் 10 அத்தியாயத்தின் (இணைப்பு 04) பூர்த்தி செய்து இடமாற்ற விண்ணப்பத்துடன் இணைத்து அனுப்ப வேண்டும்.

03. விண்ணப்பிக்க வேண்டிய முறை.

I. இடமாற்றம் கோருகின்ற போது இதற்காக தயாரிக்கப்பட்டுள்ள மாதிரிக்கு அமைய முன்வைக்கப்படுகின்ற விண்ணப்பங்கள் மாதிரிமே கருத்தில் கொள்ளப்படும் மேலும் இதற்கு முன்னர் இடமாற்றத்திற்கு விண்ணப்பித்து இருப்பினும், இடமாற்றக்கட்டளை கிடைக்கப்பெறாத உத்தியோகத்தர்கள் இருப்பின் அவர்களும் இச் சுற்றுநிருபத்திற்கு அமைய புதிதாக விண்ணப்பித்தல் வேண்டும். ஏற்கனவே இடமாற்றக்கட்டளை பெற்றுள்ள தாதி உத்தியோகத்தர் இச்சுற்று நிருபத்திற்கு அமைய விண்ணப்பிக்க தேவையில்லை.

II. ஒவ்வொரு உத்தியோகத்தர் பற்றியும் சரியான மற்றும் பூரணமான தகவல்கள் வழங்குவது ஒவ்வொரு நிறுவனத் தலைவரினதும் பொறுப்பாகும். அவ்வாறே இவ்வறிவித்தலில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விடயங்கள் நிறுவனத்தின் சகல சகல தாதி உத்தியோகத்தர்களுக்கு (பிரசவ விடுமுறை, விஷேட விடுமுறை பெற்றுள்ள உத்தியோகத்தர்கள் உட்பட) தெரியப்படுத்துவதற்கான நடவடிக்கை எடுக்க வேண்டும். பொய்யான தகவல்களை வழங்குவதால் மற்றும் தகமையுடைய உத்தியோகத்தர்கள் விண்ணப்பிக்க சந்தர்பம் கிடைக்காமையினால் ஏற்படுகின்ற சங்கடங்களுக்கு இவ் அமைச்ச எவ்வித பொறுப்பும் கூறாது. இது சம்பந்தமாக உரிய நிறுவன தலைவர்கள் பொறுப்பானவர்கள் என்பதையும் தெரியப்படுத்துகின்றேன்.

III. எல்லா இடமாற்ற விண்ணப்பங்களும் நிறுவனப்பாளரின் சிபாரிசுடன் ஆவணப்படுத்தப்பட்டு தபாலில் அல்லது அமைச்சுக்கு நேரடியாக கொண்டு வந்து சேர்ப்பதற்கான நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்ள வேண்டும். எவ்வித காரணங்களுக்காகவும் உத்தியோகத்தரினால் தனிப்பட்ட ரீதியில் கொண்டு தரும் விண்ணப்பங்கள் எற்றுக்கொள்ளப்படமாட்டாது. இவ்வாறு ஒவ்வொரு நிறுவனங்களும் இணைப்பு 01 ற்கு ஏற்ப பூர்த்தி செய்யப்பட்ட இடமாற்ற விண்ணப்ப மாதிரி 1இற்கு அமையவும், இணைப்பு இற்கு ஏற்ப பூர்த்தி செய்யப்பட்ட இடமாற்ற விண்ணப்ப மாதிரி 2இற்கு அமையவும், இணைப்பு 03 இற்கு ஏற்ப பூர்த்தி செய்யப்பட்ட இடமாற்ற விண்ணப்ப மாதிரி 3இற்கு அமையவும், நீண்ட கால நோய் மற்றும் மருத்துவ காரணங்களிற்காக இடமாற்றம் கோரும் உத்தியோகத்தர்களின் இடமாற்ற விண்ணப்பம் மாதிரி 4இற்கு அமையவும் பூர்த்தி செய்யப்பட்டு, இடமாற்றம் கோரும் உத்தியோகத்தரின் தகவல்கள் முன்வைக்க வேண்டும். அவ் அறிவித்தலுக்கு மாறாக சகல விண்ணப்பங்களும் எவ்வித அறிவிப்புமின்றி இரத்துசெய்யப்படும்.

IV.

2015.08.15 ம் திகதி விண்ணப்படிவம் பொறுப்பு ஏற்கும் இறுதி தினமாவதுடன், இத் தினத்திற்கு பின்னர் கிடைக்கப்பெறும் எந்தவொரு விண்ணப்பமும் எற்றுக்கொள்ளப்பட மாட்டாது என்பதை மீண்டும் கவனத்திற்கு கொண்டு வருகின்றேன்.

04. கவனிக்க வேண்டியவை.

- I. குருணாகல் போதனா வைத்தியசாலை/கேகாலை பொது வைத்தியசாலை/மஹரகம் பல் வைத்தியசாலை போன்ற சில வைத்தியசாலைகளில் தற்போதும் வெற்றிடங்கள் இல்லை. இடமாற்றம் ஆலோசிக்கும் சந்தர்பத்தில் வெற்றிடங்கள் அற்ற வைத்தியசாலைகளுக்கான கேர்ரிக்கைகள் கவனத்தில் கொள்ளப்படாது என்பதனை விண்ணப்பதாரிகள் கவனத்தில் கொள்ளவும்.
- II. நிவாரண பணியினை சிறப்பாக கொண்டு நடத்துவது மனிதவள முகாமைத்துவத்தின் அடிப்படை நோக்கம் என்பதனால் வெற்றிடமுள்ள மற்றும் சேவை அவசியமுள்ள தாதி உத்தியோகத்தர்கள் இடமாற்றம் கவனத்தில் கொள்ளப்படுவதோடு மீள் நிரப்பு உத்தியோகத்தர் அன்றி வைத்திய சிகிச்சை குறைவாக நடைபெறும் வகையில் சேவையில் இருந்து விடுவிப்பு செய்ய வேண்டாமென அறிவுறுத்துகின்றேன்.

05. 2015 ம் ஆண்டிற்கான வருடாந்த இடமாற்ற ஆவணம், 2014 நவம்பர் மாத அளவில் வெளியிட உத்தேசித்து உள்ள படியால், அதற்கு முன் இடமாற்றம் சம்பந்தமாக அறிந்து கொள்ள இவ் அமைச்சுக்கு வருகை தருவது அனாவசியமானது என்பது பற்றி உத்தியோகத்தர்களுக்கு தெரியப்படுத்துவது விரும்பத்தக்கது.

06. இவ் அறிவித்தலில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விடயங்கள் தொடர்பாக உங்களது நிறுவனத்தின் சகல உத்தியோகத்தர்களுக்கும் தெரியப்படுத்த நடவடிக்கை எடுக்கவும். அவ்வாறே தற்போது இடமாற்றக் கட்டளை பெற்றுள்ள உத்தியோகத்தர்களின் விண்ணப்பங்களை மீண்டும் அனுப்ப வேண்டியதில்லை என விடயப் பொறுப்பாளரை அறிவுறுத்துவதற்கான நடவடிக்கைகளை எடுக்கவும். இங்கு குறிப்பிடப்படாத இடமாற்றம் சம்பந்தமாக வேறு விடயங்கள் தொடர்பாக தாபன விதிக்கோவை மற்றும் அரசாங்க சேவைகள் ஆணைக்குழுவின் நடைமுறை விதிகளின் ஏற்பாட்டிக்கு அமைவாக இறுதி தீர்மானம் என்னால் எடுக்கப்படும் என்பதை குறிப்பிடுகின்றேன்.

கலாநிதி.டி.எம்.ஆர்.பி.திசாநாயக,  
செயலாளர்,  
சுகாதாரம் மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு.

- பிரதிகள் 01. சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகம்.  
02. பிரதிப்பணிப்பாளர் நாயகங்கள்.  
03. பணிப்பாளர்கள்.  
04. தொழிற்சங்கங்கள்.

**தாதி உத்தியோகத்தரின் வருடாந்த இடமாற்றம் சம்பந்தமான விண்ணப்படிவம்.**

(அ) உத்தியோகத்தரின் தனிப்பட்ட விபரம்.

01. உத்தியோகத்தரின் முழுப்பெயர் -
02. முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர் -
03. முதலெழுத்துடன் பெயர் (ஆங்கிலத்தில்) -

04. பிறந்த திகதி	05. வயது வருடம் - மாதம் - தினம்	06. தே.அ.அ.இலக்கம்	07. ஆண்/பெண்
08.நிரந்தர முகவரி	09. தற்காலிக முகவரி	10. தொலை பேசி இலக்கம்	11. விவாகமானவரா இல்லையா
		அலுவலகம்.	
		தனிப்பட்ட	
12. வாழ்க்கை துணையின் பெயர்		13. வாழ்க்கை துணையின் தொழில் மற்றும் சேவை நிலையம்.	

14. குழந்தை பற்றிய விபரங்கள்

பெயர்	வயது	கல்வி கற்கும் பாடசாலை

15. தாதி உத்தியோகத்தர்களின் முன்னர் சேவை நிலையம் சம்பந்தமான விபரம்

சேவையாற்றிய வைத்தியசாலை/நிலையம்	சேவை காலம் (முதல் - வரை)

16. இடமாற்றம் கோருதல் சம்பந்தப்பட்ட விபரம்

சேவைநிலையம்	சேவைநிலையம் அமைந்திருக்கும் நகரம்

17. இடமாற்றம் தேவைபடுவதற்கான காரணங்கள்  
(மேல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தெரிவுகள் சம்பந்தமான)

மேல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்துவிபரங்களும் அனைத்துவிபரங்களும் உண்மையானதும்/சரியானதும் என இதன் மூலம் தெரிவிக்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

காரியாலய விபரங்கள்.

18. முதல் நியமன திகதி :- .....
19. சேவை நிரந்தரமா/இல்லையா என்பது :- .....
20. தற்போது சேவையாற்றும் நிலையத்தில் பொறுப்பேற்ற தினம் :- .....
21. தற்போது சேவையாற்றும் நிலையத்தில் சேவைக்காலம் (2014.12.31 முதல்)
22. உத்தியோகத்தர் தொடர்பில் குற்றவிசாரணை ஏதும் செய்யப்பட்டுள்ளதா? .....  
அப்படியாயின் விசாரணை இலக்கம் மற்றும் திகதியை குறிப்பிடுக

எ. திரு/திருமதி/செல்வி ..... அவர்களின் தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையுள்ள அனைத்து விபரங்களும் மற்றும், 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என்பதை இதன் மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன் அதேபோல் இந்த உத்தியோகத்தர் இந்த வைத்தியசாலையில் இடமாற்றம் சம்பந்தமாக இதற்கு முதல் இடமாற்ற கோரிக்கை விண்ணப்பிக்கவில்லை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
விடயம் சம்பந்தமான உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

ஏ. நிர்வாக உத்தியோகத்தர்/வைத்தியசாலை செயலாளரின் முன்மொழிவு

திரு/திருமதி/செல்வி ..... அவர்களின் தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையுள்ள அனைத்து விபரங்களும் மற்றும், 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என்பதை இதன் மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன் அதேபோல் இந்த உத்தியோகத்தர் இந்த வைத்தியசாலையில் இடமாற்றம் சம்பந்தமாக இதற்கு முதல் இடமாற்ற கோரிக்கை விண்ணப்பிக்கவில்லை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன். அதன் மூலம் விண்ணப்படிவத்தை முன்மொழிகின்றேன்/முன்மொழியவில்லை.

.....  
திகதி

.....  
கையொப்பம்

இ. நிறுவனத்தலைவரின் முன்மொழிவு

தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையும் 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

மேல் குறிப்பிட்ட உத்தியோகத்தரின் இடமாற்ற விண்ணப்பம் பதில் உத்தியோகத்தருடன்/இல்லாமல் ஒப்பந்தத்தின்படி முன்மொழிகின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
நிறுவனத் தலைவரின் கையொப்பம்  
மற்றும் முத்திரை.



இணைப்பு 02

தா.சே/வ.கி.மா/01

தாதி உத்தியோகத்தரின் வருடாந்த இடமாற்றம் சம்பந்தமான விண்ணப்படிவம்.

பதவி மற்றும் தரம் :- முதலாம் தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி)

(அ) உத்தியோகத்தரின் தனிப்பட்ட விபரம்.

01. உத்தியோகத்தரின் முழுப்பெயர் -
02. முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர் -
03. முதலெழுத்துடன் பெயர் (ஆங்கிலத்தில்) -

04. பிறந்த திகதி	05. வயது வருடம் - மாதம் - தினம்	06. தே.அ.அ.இலக்கம்	07. ஆண்/பெண்
08.நிரந்தர முகவரி	09. தற்காலிக முகவரி	10. தொலை பேசி இலக்கம் அலுவலகம். தனிப்பட்ட	11. விவாகமானவரா ? இல்லையா?
12. வாழ்க்கை துணையின் பெயர்	13. வாழ்க்கை துணையின் தொழில் மற்றும் சேவை நிலையம்.		

14. குழந்தைபற்றிய விபரங்கள்

பெயர்	வயது	கல்வி கற்கும் பாடசாலை

15. தாதி உத்தியோகத்தர்களின் முன்னர் சேவை நிலையம் சம்பந்தமான விபரம்

சேவையாற்றிய வைத்தியசாலை/நிலையம்	சேவை காலம் (முதல் - வரை)

16. இடமாற்றம் கோருதல் சம்பந்தப்பட்ட விபரம்

சேவைநிலையம்	சேவைநிலையம் அமைந்திருக்கும் நகரம்

17. இடமாற்றம் தேவைபடுவதற்கான காரணங்கள்  
(மேல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தெரிவுகள் சம்பந்தமான)

விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தரின் முன்மொழிவு

மீள் நிரப்பு உத்தியோகத்தருடன்/ அன்றி உத்தியோகத்தரை முன்மொழிகின்றேன்/முன்மொழியவில்லை

.....  
திகதி

.....  
உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

காரியாலய விபரங்கள்.

18. விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) பதவிக்கு உயர்த்தப்பட்ட திகதி:- .....

19. விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) தற்போது வேலைசெய்யும் நிலையத்தில் கடமை பொறுப்பேற்ற திகதி :- .....

20. தற்போது சேவையாற்றும் நிலையத்தில் சேவைக்காலம் (2014.12.31 முதல்):- .....

21. பயிற்சி பெற்ற தாதியர் பாடசாலை குழு :- .....

பர்ட்சை இலக்கம் :- .....

பெறுபேறு :- .....

22. உத்தியோகத்தர் தொடர்பில் குற்றவிசாரணை ஏதும் செய்யப்பட்டுள்ளதா? .....

அப்படியாயின் விசாரணை இலக்கம் மற்றும் திகதியை குறிப்பிடுக

--

எ. திரு/திருமதி/செல்வி ..... அவர்களின் தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையுள்ள அனைத்து விபரங்களும் மற்றும், 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என்பதை இதன் மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன் அதேபோல் இந்த உத்தியோகத்தர் இந்த வைத்தியசாலையில் இடமாற்றம் சம்பந்தமாக இதற்கு முதல் இடமாற்ற கோரிக்கை விண்ணப்பிக்கவில்லை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
விடயம் சம்பந்தமான உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

ஏ. நிர்வாக உத்தியோகத்தர்/வைத்தியசாலை செயலாளரின் முன்மொழிவு

திரு/திருமதி/செல்வி ..... அவர்களின் தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையுள்ள அனைத்து விபரங்களும் மற்றும், 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என்பதை இதன் மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன் அதேபோல் இந்த உத்தியோகத்தர் இந்த வைத்தியசாலையில் இடமாற்றம் சம்பந்தமாக இதற்கு முதல் இடமாற்ற கோரிக்கை விண்ணப்பிக்கவில்லை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன். அதன் மூலம் விண்ணப்படிவத்தை முன்மொழிகின்றேன்/முன்மொழியவில்லை.

.....  
திகதி

.....  
கையொப்பம்

இ. நிறுவனத்தலைவரின் முன்மொழிவு

தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையும் 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

மேல் குறிப்பிட்ட உத்தியோகத்தரின் இடமாற்ற விண்ணப்பம் பதில் உத்தியோகத்தருடன்/இல்லாமல் ஒப்பந்தத்தின்படி முன்மொழிகின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
நிறுவனத் தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை.

**தாதி உத்தியோகத்தரின் வருடாந்த இடமாற்றம் சம்பந்தமான விண்ணப்படிவம்.**

பதவி மற்றும் தரம் :- விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி)

(அ) உத்தியோகத்தரின் தனிப்பட்ட விபரம்.

01. உத்தியோகத்தரின் முழுப்பெயர் -
02. முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர் -
03. முதலெழுத்துடன் பெயர் (ஆங்கிலத்தில்) -

04. பிறந்த திகதி	05. வயது வருடம் - மாதம் - தினம்	06. தே.அ.அ.இலக்கம்	07. ஆண்/பெண்
08.நிரந்தர முகவரி	09. தற்காலிக முகவரி	10. தொலை பேசி இலக்கம்	11. விவாகமானவரா இல்லையா
		அலுவலகம்.	
		தனிப்பட்ட	
12. வாழ்க்கை துணையின் பெயர்		13. வாழ்க்கை துணையின் தொழில் மற்றும் சேவை நிலையம்.	

14. குழந்தைபற்றிய விபரங்கள்

பெயர்	வயது	கல்வி கற்கும் பாடசாலை

15. தாதி உத்தியோகத்தர்களின் முன்னர் சேவை நிலையம் சம்பந்தமான விபரம்

சேவையாற்றிய வைத்தியசாலை/நிலையம்	சேவை காலம் (முதல் - வரை)

16. இடமாற்றம் கோருதல் சம்பந்தப்பட்ட விபரம்

சேவைநிலையம்	சேவைநிலையம் அமைந்திருக்கும் நகரம்

17. இடமாற்றம் தேவைபடுவதற்கான காரணங்கள்  
(மேல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தெரிவுகள் சம்பந்தமான)

மேல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அனைத்துவிபரங்களும் அனைத்துவிபரங்களும் உண்மையானதும்/சரியானதும் என இதன் மூலம் தெரிவிக்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

காரியாலய விபரங்கள்.

18. விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) தரத்திற்கு உயர்த்தப்பட்ட திகதி:- .....

19. விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) தற்போது சேவையாற்றும் நிலையத்தில் கடமை பொறுப்பேற்ற தினம்:- .....

20. தற்போது சேவையாற்றும் நிலையத்தில் சேவைக்காலம் (2014.12.31 முதல்)

21. பயிற்சி பெற்ற தாதியர் பாடசாலை குழு :- .....

பரீட்சை இலக்கம் :- .....

பெறுபேறு :- .....

22. உத்தியோகத்தர் தொடர்பில் குற்றவிசாரணை ஏதும் செய்யப்பட்டுள்ளதா? .....  
அப்படியாயின் விசாரணை இலக்கம் மற்றும் திகதியை குறிப்பிடுக.

எ. திரு/திருமதி/செல்வி ..... அவர்களின் தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையுள்ள அனைத்து விபரங்களும் மற்றும், 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என்பதை இதன் மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன் அதேபோல் இந்த உத்தியோகத்தர் இந்த வைத்தியசாலையில் இடமாற்றம் சம்பந்தமாக இதற்கு முதல் இடமாற்ற கோரிக்கை விண்ணப்பிக்கவில்லை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
விடயம் சம்பந்தமான உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

ஏ. நிர்வாக உத்தியோகத்தர்/வைத்தியசாலை செயலாளரின் முன்மொழிவு

திரு/திருமதி/செல்வி ..... அவர்களின் தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையுள்ள அனைத்து விபரங்களும் மற்றும், 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என்பதை இதன் மூலம் உறுதிப்படுத்துகிறேன் அதேபோல் இந்த உத்தியோகத்தர் இந்த வைத்தியசாலையில் இடமாற்றம் சம்பந்தமாக இதற்கு முதல் இடமாற்ற கோரிக்கை பெறவில்லை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன். அதன் மூலம் விண்ணப்படிவத்தை முன்மொழிகின்றேன்/முன்மொழியவில்லை.

.....  
திகதி

.....  
கையொப்பம்

இ. நிறுவனத்தலைவரின் முன்மொழிவு

தனிப்பட்ட கோவை மூலம் இலக்கம் 01 முதல் 15 வரையும் 18 முதல் 22 வரை எம்மூலம் அளிக்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் அனைத்தும் சரியானது என உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

மேல் குறிப்பிட்ட உத்தியோகத்தரின் இடமாற்ற விண்ணப்பம் பதில் உத்தியோகத்தருடன்/இல்லாமல் ஒப்பந்தத்தின்படி முன்மொழிகின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
நிறுவனத் தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை.

விலாசம் :- .....

திணைக்களம் :-.....

(திணைக்களம்/நிறுவனபிரதானி) மூலம்

(நியமித்த உத்தியோகத்தர்)

..... இல் ..... பதவி, சேவைக்காக அரசு சேவையுள்  
நிரந்தரமாக/தற்காலிகமாக விடுவிக்கமாறு கோரல்.

01. அரசு உத்தியோகத்தர் சம்பந்தமான விபரம்

- 1.1 முழுப்பெயர் :- .....
- 1.2 உள்ளடங்கும் சேவை :- ..... வகுப்பு :- ..... தரம் :- .....
- 1.3 பதவி :- .....
- 1.4 சேவைநிலையம் :- .....
- 1.5 திணைக்களம்/நிறுவனம் :- .....
- 1.6 அமைச்சு :- .....
- 1.7 அரசு சேவையில் நிரந்தரமான திகதி :- .....
- 1.8 விண்ணப்பிக்கும் தினத்தில் வயது :- ..... ஆண்டு :-..... மாதம் :-..... தினம் :-.....
- 1.9 விண்ணப்பிக்கும் திகதியின் போது அனைத்து தடைதாண்டல்/மற்றும் திணைக்கள பரீட்சைகளில் சித்தியடைந்துள்ளாரா/இல்லையா? .....
- 1.10 தற்போது சேவையாற்றும் பதவியில் சேவை செய்வதற்காக விஷேட பயிற்சி பெற்றிருப்பின் அது சம்பந்தமான விபரம் :- .....
- 1.11 கட்டாய சேவைக்காலம் சம்பந்தமாக அரசுடன் ஒப்பந்தம் செய்திருப்பாராயின் அது சம்பந்தமான விபரம் :- .....
- 1.12 இதற்கு முதல் அரசு சேவையில் தற்காலிக விடுவிப்பு செய்யப்பட்டவராயின் அது சம்பந்தமான விபரம் :-

நிறுவனம்	பதவி	கால எல்லை	வருடம்	மாதம்

02. விடுவிப்பு பெற்றதன் பின்பு ஈடுபட விரும்பும் பதவி.

2.1. நிறுவனம் :- .....

2.2. அமைச்சு :- .....

2.3. தொழிற்சங்கம்/நலம்புரிசங்கம் :- .....

2.4. பதவி :- .....

2.5. விடுதலை பெற விரும்புவது நிரந்தரமாகவா/தற்காலிகமாகவா என்பது பற்றி :- .....

2.6. தற்காலிகமாயின் எவ்வளவு காலத்திற்கு என்பது பற்றி :- .....

2.7. பதவியில் கடமையை பொறுப்பேற்று இருந்தால் தினம் :- .....

03. நான் ..... இல் ..... பதவியில் நியமிக்க விருப்பத்தை வெளிப்படுத்தி ..... மூலம் அனுப்பிய கடிதத்தை இதனுடன் சமர்ப்பிக்கின்றேன்.

04. .... தொழிற்சங்கத்தில் ..... நலம்புரிசங்கத்தில்...../பதவிக்கு தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டதோடு அதன்பின்னர் கடமைகளுக்கு தாம் அரச சேவையில் தற்காலிகமாக விடுவிக்க அவசியம் என்பதோடு அந்த சங்கத்தில் ..... உட்பட்ட அறிக்கையில் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட பிரதியொன்று இதனோடு சமர்ப்பிக்கின்றேன்.

05. மேல் குறிப்பிட்ட விடயங்கள் உண்மையானது என்பதனை இதன்மூலம் உறுதிப்படுத்துகின்றேன் அரச சேவைகள் ஆணைக்குழுவில் ..... 1. 143 ..... படி இந்த கோரிக்கைகளை தாழ்மையுடன் சமர்ப்பிக்கின்றேன். எனவே ..... இல் ..... பதவியின் சேவைக்காக அரச சேவையில் நிரந்தரமாக/தற்காலிகமாக விடுவிக்குமாறு தாழ்மையுடன் கேட்டுக்கொள்கின்றேன்.



(வருடாந்த இடமாற்றம் இலக்கம் 01 விண்ணப்ப படிவம்.)

வருடாந்த இடமாற்ற விண்ணப்ப படிவம் - 2015.

நிறுவனத்தின் பெயர். ....

இல	உத்தியோகத்தர் பெயர்	தே.அ.அ.இல	தரம்	முதல் நிய மன திகதி	நிறுவனத்தில் கடமை பொறுப் பேற்ற திகதி	இடமாற்றம் கோரும் அலுவலகம்	அலுவலக உபயோகத்திற்காக

அனைத்து தகுதிகளும் பூரணமான உத்தியோகத்தர்கள் அனைவரினதும் விண்ணப்படிவங்கள் இந்த படிவத்தினால் உள்ளடங்கப்பட்டுள்ளது என்று சான்றுப்படுத்துகின்றேன்.

தயார் செய்தவர்

.....

கையொப்பம்

.....

பெயர்

.....

திகதி

.....

பரீட்சை செய்தவர்

.....

கையொப்பம்

.....

பெயர்

.....

திகதி

.....

.....  
நிறுவனத்தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை.

(வருடாந்த இடமாற்றம் இலக்கம் 02 விண்ணப்ப படிவம்.)

1ம் தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) ஆகிய 3 துறைகளும் விண்ணப்பபடிவம் வெவ்வேறாக பூரணப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

வருடாந்த இடமாற்ற விண்ணப்ப படிவம் - 2015.

நிறுவனத்தின் பெயர். ....

இல	உத்தியோகத்தர் பெயர்	தே.அ.அ.இல	1ம் தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) பதவிக்கு உயர்வு பெற்ற திகதி	1ம் தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) பதவிக்கு தற்போதைய அலுவலகத்தில் பொறுப்பேற்ற திகதி	பயிற்சி பெற்ற தாதியர் பாடசாலை குழு மற்றும் இறுதி பரீட்சையின் பெறுபெறும் பரீட்சை இலக்கமும்.	இடமாற்றம் கோரும் அலுவலகம்	அலுவலக உபயோகத்திற்காக

அனைத்து தகுதிகளும் பூரணமான உத்தியோகத்தர்கள் அனைவரினும் விண்ணப்பபடிவங்கள் இந்த படிவத்தினுள் உள்ளடங்கப்பட்டுள்ளது என்று சான்றுப்படுத்துகின்றேன்.

தயார் செய்தவர்  
 .....  
 பரிசீலனை செய்தவர்  
 .....  
 கையொப்பம்  
 .....  
 பெயர்  
 .....  
 திகதி  
 .....

.....  
 நிறுவனத்தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை.

(வருடாந்த இடமாற்றம் இலக்கம் 03 விண்ணப்பப் படிவம்.)

விலேஷ்ட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) ஆகிய 3 துறைகளும் விண்ணப்படிவம் வெவ்வேறாக புரண்படுத்தப்பட வேண்டும்.

ஒரு சேவை நிலையத்தில் 04 வருடங்கள் நிறைவு பெற்ற விலேஷ்ட தரத்திலுள்ள தாதி உத்தியோகத்தர்களின் விபரங்கள் உள்ளடங்கப்பட்டுள்ளதுடன் கூடிய சேவைக்காலம் உள்ள உத்தியோகத்தரின் பெயர் முதலில் இடம்பெற வேண்டும்.

வருடாந்த இடமாற்ற விண்ணப்பப் படிவம் - 2015.

நிறுவனத்தின் பெயர்: .....

இல	உத்தியோகத்தர் பெயர்	தே.அ-அ.இல	விலேஷ்ட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) பதவிக்கு உயர்வு பெற்ற திகதி	விலேஷ்ட தர தாதி உத்தியோகத்தர் (வைத்தியசாலை சேவை/பொது சுகாதாரம்/கல்வி) பதவிக்கு தற்போதைய அலுவலகத்தில் பொறுப்பேற்ற திகதி	பயிற்சி பெற்ற தாதியர் பாடசாலை குழு மற்றும் இறுதி பரீட்சையின் பெறுபேறும் பரீட்சை இலக்கமும்.	இடமாற்றம் கோரும் அலுவலகம்	அலுவலக உபயோகத்திற்காக

அனைத்து தகுதிகளும் பூரணமான உத்தியோகத்தர்கள் அனைவரினதும் விண்ணப்படிவங்கள் இந்த படிவத்தினுள் உள்ளடங்கப்பட்டுள்ளது என்று சான்றுப்படுத்துகின்றேன்.

தயார் செய்தவர்  
 .....  
 பரீட்சை செய்தவர்  
 .....  
 கையொப்பம்  
 .....  
 பெயர்  
 .....  
 திகதி  
 .....

.....  
 நிறுவனத்தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை.

(வருடாந்த இடமாற்றம் இலக்கம் 04 விண்ணப்ப படிவம்.)

ஒவ்வொரு தரத்திற்கும் விண்ணப்படிவம் வெவ்வேறாக பூரணப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

குறித்த சேவைக்காலம் பூரணப்படுத்தாவிடினும் ஏற்க கூடிய கோரிக்கைகளுடன் இடமாற்ற விண்ணப்படிவம் சமர்ப்பித்த அனைத்து உத்தியோகத்திற்களின் விபரங்கள் கண்டிப்பாக உள்ளடக்கப்படவேண்டும்.

**வருடாந்த இடமாற்ற விண்ணப்ப படிவம் - 2015.**

நிறுவனத்தின் பெயர். ....

இல	உத்தியோகத்தர் பெயர்	தே.அ.அ.இல	உங்கள் நிறுவனத்தில் நியமனம் பெற்ற திகதி	இடமாற்றம் கோருவதற்கான காரணம்	அலுவலக உபயோகத்திற்காக

அனைத்து தகுதிகளும் பூரணமான உத்தியோகத்தர்கள் அனைவரினதும் விண்ணப்படிவங்கள் இந்த படிவத்தினுள் உள்ளடங்கப்பட்டுள்ளது என்று சான்றுப்படுத்துகின்றேன்.

தயார் செய்தவர்

.....

கையொப்பம்

.....

பெயர்

.....

திகதி

.....

பரிசீலனை செய்தவர்

.....

கையொப்பம்

.....

பெயர்

.....

திகதி

.....

.....  
நிறுவனத்தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும் முத்திரை.