

දුරකථන ) 2698475  
தொலைபேசி ) 2698490  
Telephone ) 2698507

ෆැක්ස් ) 2692913  
பெக்ஸ் ) 2694860  
Fax )

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

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



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய  
SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
எனது இல ) NA/06/18/2014  
My No : )

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය )  
திகதி ) 2014.07.25  
Date : )

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
சுகாதார அமைச்சு  
Ministry of Health

වක්‍ර ලේඛ අංක 02- 103 / 2014

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

හෙද / හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2014

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සියලුම රෝහල් හා ආයතන වල සේවය කරන ,  
ස්ථාන මාරු ලබා ගැනීමට අපේක්ෂාවෙන් සිටින හෙද නිලධාරීන්ගෙන් / නිලධාරීන්ගෙන්  
2014 වර්ෂය සඳහා අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ.

02. ස්ථාන මාරු ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන , පහත අවශ්‍යතා සපුරා ඇති නිලධාරීන්  
ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කළ යුත්තේ ඔවුන්ට අදාළ ආකෘතිය මඟින් ය.

I. 2013.12.31 දිනට එක් සේවා ස්ථානයක වසර හතරක (04) අඛණ්ඩ සේවා කාලයක්  
සම්පූර්ණ කරන ලද 111 ශ්‍රේණිය, 11 ශ්‍රේණිය හා 1 ශ්‍රේණියට උසස්වීම් ලද නිලධාරීන්.  
(ඇමුණුම 01)

II. මහරගම ජාතික පිළිකායතනය , ජාතික මානසික සෞඛ්‍යය විද්‍යායතනය, වැලිසර ළය  
රෝහල හා අංගොඩ මූලික රෝහල (අයි.ඩී.එච්) හි සේවය කරන 2013.12.31 දිනට වසර  
දෙකක (02) සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද නිලධාරීන් . (ඇමුණුම 01)

III. 2013.12.31 දිනට එක් සේවා ස්ථානයක වසර 04 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන  
ලද , 1 වන ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී ( අධ්‍යාපන / මහජන සෞඛ්‍ය / රෝහල් සේවා ) ලෙස  
සේවය කරන නිලධාරීන්. (ඇමුණුම 02)

IV. 2013.12.31 දිනට එක් සේවා ස්ථානයක වසර 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 කාලීන අසනීප මත එක්තැන්ව සිටින කලත්‍රයන් සහ වෛද්‍ය හේතු ( වෛද්‍ය හේතූන් මත ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන නිලධරයන් පිළිගත හැකි වෛද්‍ය සහතිකය ස්ථාන මාරු අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතුය) ආදී වෙනත් සාධාරණ හේතු සහිත ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත නිලධරයන් (ඇමුණුම 01)

**VI.** නියමිත සේවා කාලය සම්පූර්ණ නොකළ ද , ආබාධිත දරුවන් , දීර්ඝ කාලීන අසනීප මත එක්තැන්ව සිටින කලත්‍රයන් සහ වෛද්‍ය හේතු ( වෛද්‍ය හේතූන් මත ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන නිලධරයන් පිළිගත හැකි වෛද්‍ය සහතිකය 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 නිලධරයන් ඇමුණුම 02 මගින් ද විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන/ මහජන සෞඛ්‍ය / රෝහල් සේවා ) ලෙස සේවය කරන නිලධරයන් ඇමුණුම 03 මගින් ද අයදුම් කළ යුතුය.

**VII.** පළාත් රාජ්‍ය සේවයට අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂා කරන නිලධාරීන් ඉහත ඇමුණුම 01 /ඇමුණුම 02/ ඇමුණුම 03 ආකෘතියට අමතරව රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති හි 10 පරිශිෂ්ටය (ඇමුණුම 04) ද සම්පූර්ණ කර ස්ථාන මාරු අයදුම් පත සමඟ එවිය යුතුය.

**03. අයදුම් කළ යුතු ආකාරය**

**I.** ස්ථාන මාරු ඉල්ලීමේ දී සලකා බලනු ලබන්නේ ඒ සඳහා සකස් කර ඇති ආකෘති පත්‍රයට අනුකූලව ම ඉදිරිපත් කරන අයදුම්පත් පමණි . තව ද මීට පෙර ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර තිබුණ ද , ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලැබී නොමැති නිලධාරීන් මෙම වක්‍ර ලේඛන ප්‍රකාරව ස්ථාන මාරු අයදුම්පතක් ඉදිරිපත් කළ යුතුය. දැනටමත් වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා සිටින නිලධරයන් මෙම වක්‍ර ලේඛන ප්‍රකාරව ස්ථාන මාරු අයදුම් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ.

**II.** සෑම නිලධාරියෙක් පිළිබඳවම නිවැරදි හා සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීමට සෑම ආයතන ප්‍රධානියෙක් ම වග බලා ගත යුතුය . එමෙන්ම මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ආයතනයේ සියලුම හෙද නිලධරයන්ට (ප්‍රසූත නිවාඩු , විශේෂ නිවාඩු ලබා සිටින නිලධරයන් අතුළත් ව) දැන ගැනීමට සැලැස්විය යුතුය. සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීමෙන් හෝ සුදුසුකම් ලත් නිලධරයන්ට අයදුම් කිරීමට අවස්ථාව නොලැබීමෙන් හෝ ඇති වන 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 නිර්දේශ සහිතව ලේඛන ගත තැපෑලෙන් එවීමට හෝ අතින් ගෙනවිත් භාර දීමට කටයුතු කළ යුතුය. කිසිදු හේතුවක් නිසාවත් නිලධරයෙකු විසින් පෞද්ගලිකව ගෙනවිත් දෙන අයදුම්පත් බාර ගනු නොලැබේ . එමෙන්ම සෑම ආයතනයක් ම ඇමුණුම 01 අනුව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආකෘති අංක 1 සමඟ ද , ඇමුණුම 2 අනුව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් සමඟ ආකෘති 2 ද ඇමුණුම 3 අනුව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් සමඟ ආකෘති 3 අනුව ද , දීර්ඝ කාලීන අසනීප මත හා වෛද්‍ය හේතු මත ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන ලද නිලධරයන්ගේ ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් සමඟ ආකෘති 4 අනුව ද සම්පූර්ණ කර, ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන නිලධරයන්ගේ තොරතුරු ඉදිරිපත් කළ යුතු වේ. මෙම නිවේදනයට පරිබාහිර සෑම අයදුම්පතක්ම දැනුම් දීමකින් තොරව ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.

IV. එසේම පළාත් රාජ්‍ය සේවයට අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂා කරන නිලධාරීන්ගේ සේවය ස්ථිර කර නොමැති නම් ඔවුන්ගේ පත්වීම ස්ථිර කිරීමට අදාළ අධ්‍යාපන සහතික වල සත්‍ය බවට සහතික කළ පිටපත් ද අයදුම් පත්‍රය සමඟ එවිය යුතු බවට අදාළ විෂය ලිපිකරුවන් දැනුවත් කිරීමට කටයුතු කරන්න.

V. අයදුම්පත් භාර ගන්නා අවසන් දිනය 2014.08.25 දින වන අතර, එදිනට පසුව ලැබෙන කිසිදු අයදුම්පතක් භාර නොගන්නා බව යළිත් අවධාරණය කරමි.

04. 2014 වසරට අදාළ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලේඛනය, 2014 නොවැම්බර් මස වන විට නිකුත් කිරීමට නියමිත අතර , ඊට පෙර ස්ථාන මාරු සම්බන්ධව විමසීම සඳහා මෙම අමාත්‍යාංශයට පැමිණීම අනවශ්‍ය බව ද නිලධාරීන්ට දන්වන්නේ නම් මැනවි.

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

සුධර්මා කරුණාරත්න,  
සෞඛ්‍ය ලේකම්.

පිටපත් -

01. සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්
02. නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්වරුන්
03. අධ්‍යක්ෂවරුන්
04. වෘත්තීය සමිති.

හෙද සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම් පත්‍රය.

තනතුර හා ශ්‍රේණිය

(අ) නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

01. නිලධාරියාගේ / නිලධාරිණියාගේ 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. දුරකථන අංකය	11. විවාහක / අවිවාහක බව
		කාර්යාලයීය :-	
		පෞද්ගලික :-	
12. කලත්‍රයාගේ නම		13. කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය	

14. දරුවන් පිළිබඳ විස්තර

නම	වයස	ඉගෙනුම ලබන පාසල

15. හෙද සේවයේ පූර්ව සේවා ස්ථාන පිළිබඳ විස්තර

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

16. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු

මනාප අංකය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ආයතනය / රෝහල	සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය
1.		
2.		
3.		

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

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

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

.....  
 දිනය

.....  
 නිලධාරියාගේ අත්සන

(ආ) විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ නිර්දේශය.

අනුප්‍රාප්තිකයකු සහිතව / රහිතව, නිලධාරියා / නිලධාරියාගේ මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

.....  
 දිනය

.....  
 අත්සන

(ඇ) ආයතනික තොරතුරු (විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර විසින් නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව සම්පූර්ණ කළ යුතුය.)

- 18. මුල් පත්වීමේ දිනය :-.....
- 19. සේවය ස්ථිර කර ඇති නැති බව :-.....
- 20. වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය :-.....
- 21. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (2013.12.31 දිනට) :-.....

22. නිලධාරියා / නිලධාරිණිය සම්බන්ධයෙන් විනය ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන තිබේ ද?.....

එසේ නම්, යොමු අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න.

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

.....  
දිනය

.....  
විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර  
නිලධාරියාගේ අත්සන

ඇ) පරිපාලන නිලධාරි / රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය.

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

.....  
දිනය

.....  
අත්සන

**(ඉ) ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය**

පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතෙහි අංක 01 සිට 15 දක්වාත් 18 – 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 නිලමුද්‍රාව

**හෙද සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම් පත්‍රය.**

**තනතුර හා ශ්‍රේණිය :-** 1 ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / මහජන සෞඛ්‍ය / අධ්‍යාපන)

**(අ) නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු**

- 01. නිලධාරියාගේ / නිලධාරිණියාගේ 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. දුරකථන අංකය	11. විවාහක / අවිවාහක බව
		කාර්යාලය :-	
		පෞද්ගලික :-	
12. කලත්‍රයාගේ නම		13. කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය	

14. දරුවන් පිළිබඳ විස්තර

නම	වයස	ඉගෙනුම ලබන පාසල

15. හෙද සේවයේ පූර්ව සේවා ස්ථාන පිළිබඳ විස්තර.

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

16. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු

මනාප අංකය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ආයතනය / රෝහල	සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය
1		
2.		
3.		

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

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

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

.....  
 දිනය

.....  
 නිලධාරියාගේ අත්සන

**(ආ) විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී / නිලධාරීණියගේ නිර්දේශය හෝ හෙද විදුහල්පතිගේ නිර්දේශය**

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

.....  
 දිනය

.....  
 අත්සන

(ඇ) ආයතනික තොරතුරු (විෂය භාර කළමනාකරණසහකාර විසින් නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව සම්පූර්ණ කළ යුතුය.)

18. 1 වන ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / අධ්‍යාපන / මහජන සෞඛ්‍ය) තනතුර ව උසස් වූ දිනය

.....

19. 1 වන ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / අධ්‍යාපන / මහජන සෞඛ්‍ය ) තනතුරේ රාජකාරි

ඉටු කිරීමට වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය :-.....

20. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (2013.12.31 දිනට ) :-.....

21. පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද පුහුණුව ලද කණ්ඩායම :-.....

විභාග අංකය :-.....

කුසලතා අංකය :-.....

22. නිලධාරියා / නිලධාරීණිය සම්බන්ධයෙන් විනය ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන තිබේ ද?



එසේ නම්, යොමු අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න.

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

.....  
දිනය

.....  
විෂය භාර කළමණාකරණ සහකාර  
නිලධාරියාගේ අත්සන

**(ඇ) පරිපාලන නිලධාරි / රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය.**

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා අයදුම්කරු විසින් දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු ද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ඒ අනුව අයදුම් පත නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

.....  
දිනය

.....  
අත්සන

**(ඉ) ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය**

පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතෙහි අංක 01 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 නිලමුද්‍රාව

**හෙද සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම් පත්‍රය.**

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

(අ) නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

01. නිලධාරියාගේ / නිලධාරීන්ගේ සම්පූර්ණ නම : .....

02. මූලකරු සමඟ නම : .....

03. මූලකරු 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. දුරකථන අංකය	11. විවාහක / අවිවාහක බව
		කාර්යාලයීය :-	
		පෞද්ගලික :-	
12. කලත්‍රයාගේ නම		13. කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය	

14. දරුවන් පිළිබඳ විස්තර

නම	වයස	ඉගෙනුම ලබන පාසල

15. හෙද සේවයේ පූර්ව සේවා ස්ථාන පිළිබඳ විස්තර

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

16. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු

මනාප අංකය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ආයතනය / රෝහල	සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය
1		
2.		
3.		

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

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

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

.....  
 දිනය

.....  
 නිලධාරියාගේ අත්සන

ආ) ප්‍රධාන විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී / නිලධාරීන්ගේ නිර්දේශය හෝ හෙද විදුහල්පතිගේ නිර්දේශය

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

.....  
 දිනය

.....  
 අත්සන

(ඇ) ආයතනික තොරතුරු (විෂය භාර කළමනාකරණසහකාර විසින් නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව සම්පූර්ණ කළ යුතුය.)

18. විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / අධ්‍යාපන / මහජන සෞඛ්‍ය) තනතුර ට උසස් වූ දිනය

.....

19. විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / අධ්‍යාපන / මහජන සෞඛ්‍ය ) තනතුරේ රාජකාරි

ඉටු කිරීමට වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය :-.....

20. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (2013.12.31 දිනට) .....

21. පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද පුහුණුව ලද කණ්ඩායම :-.....

විභාග අංකය :-.....

කුසලතා අංකය :-.....

22. නිලධාරියා / නිලධාරිණිය සම්බන්ධයෙන් විනය ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන තිබේ ද?.....

එසේ නම්, යොමු අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න.

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

.....  
දිනය

.....  
විෂය භාර කළමණාකරණ සහකාර  
නිලධාරියාගේ අත්සන

**(ඇ) පරිපාලන නිලධාරි / රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය**

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

.....  
දිනය

.....  
අත්සන

**(ඉ) ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය**

පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතෙහි අංක 01 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 නිලමුද්‍රාව

අංක 10 පරිශීෂ්ටය  
(143 වගන්තිය)

ලිපිනය .....  
.....  
.....  
දිනය .....

(දෙපාර්තමේන්තු / ආයතන ප්‍රධාන) මගින්  
.....  
(පත් කිරීම් බලධරයා)  
.....

.....හි.....තනතුරෙහි සේවය සඳහා රජයේ සේවයෙන් ස්ථිරව  
/ තාවකාලිකව මුදාහරින ලෙස ඉල්ලීම.

1. රජයේ නිලධරයා පිළිබඳ විස්තර

- 1.1 සම්පූර්ණ නම - .....
- 1.2 අයත්වන සේවය -..... පංතිය ..... 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 කඩඉම්/ දෙපාර්තමේන්තු පරීක්ෂණ වලින් සමත්ව ඇති නැති බව.....

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

1.11 අනිවාර්ය සේවා කාලයක් සඳහා රජය සමඟ ගිවිසුමකට බැඳී සිටි නම් ඒ පිළිබඳ

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

1.12 මෙයට පෙර රජයේ සේවයෙන් කාවකාලිකව මුදා හැර තිබූ අවස්ථා පිළිබඳ විස්තර

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

02. 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 , වන වග .....
- 2.6 තාවකාලිකව නම් කොපමණ කාලයකට ද යන වග .....
- 2.7 තනතුරේ රාජකාරි භාර ගැනීමට අපේක්ෂිත දිනය .....

03. මා ..... හි .....තනතුරට පත් කිරීමට කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරමින් ..  
 ..... විසින් නිකුත් කළ ලිපිය මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි.

04. මා ..... වෘත්තීය සමිතියේ / .....  
 සුබ සාධක සංගමයේ .....තනතුරට තෝරා ගත් බවත්, එහි  
 කටයුතු සඳහා මා රාජ්‍ය සේවයෙන් තාවකාලිකව මුදා ගැනීම අවශ්‍ය බවත් ප්‍රකාශිත එම සංගමයේ  
 ..... රැස්වීම් වාර්තාවේ සහතික කළ පිටපතක් මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි.  
 එසේම එම සංගමයේ ලියා පදිංචි සාමාජිකයන් සංඛ්‍යාව පිළිබඳ විස්තරත්, අනුමත ව්‍යවස්ථාවේ පිටපතකුත් මේ සමඟ  
 ඉදිරිපත් කරමි.

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

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

.....  
 නිලධාරියාගේ අත්සන

(වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අංක 01 ආකෘති පත්‍රය)

**වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් උප ලේඛනය - 2014.**

ආයතනයේ නම - .....

අනු අංකය	නිලධාරියාගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	ශ්‍රේණිය	මුල් පත්වීමේ දිනය	ඔබ ආයතනයට පත් වූ දිනය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ස්ථානය	කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

සුදුසුකම් 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 02 ආකෘති පත්‍රය)**

1 ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / මහජන සෞඛ්‍ය / අධ්‍යාපන ) යන ක්ෂේත්‍ර 03 සඳහා වෙන වෙනම මෙම ආකෘති පත් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

එක් සේවා ස්ථානයක වසර 04 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති , 1 ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරීන්ගේ විස්තර ඇතුළත් කළ යුතු අතර වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරියාගේ නම් මුලින්ම ඇතුළත් කළ යුතුය.

**වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් උප ලේඛනය - 2014.**

ආයතනයේ නම - .....

අනු අංකය	නිලධාරියාගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	1 වන ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / මහජන සෞඛ්‍ය / අධ්‍යාපන ) තනතුරට උසස් වූ දිනය	1 වන ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / මහජන සෞඛ්‍ය / අධ්‍යාපන ) තනතුරේ රාජකාරි ඉටු කිරීමට වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය	පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද විදුහල් කණ්ඩායම හා අවසන් පරීක්ෂණයේ කුසලතාවය හා විභාග අංකය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ස්ථානය	කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

සුදුසුකම් 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 මෙම ආකෘති පත් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

එක් සේවා ස්ථානයක වසර 04 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති , විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරීන්ගේ විස්තර ඇතුළත් කළ යුතු අතර වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරියාගේ නම් මුලින්ම ඇතුළත් කළ යුතුය.

**වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් උප ලේඛනය - 2014.**

ආයතනයේ නම - .....

ශ්‍රේණිය - .....

අනු අංකය	නිලධාරියාගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	විශේෂ ශ්‍රේණියට උසස් වූ දිනය	විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා / මහජන සෞඛ්‍ය / අධ්‍යාපන ) නනතුරේ රාජකාරී ඉටු කිරීමට වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනහ	පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද විදුහලේ අවසන් පරීක්ෂණයේ කුසලතාවය හා විභාග අංකය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ස්ථානය	කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

සුදුසුකම් 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 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 - 2014.**

ආයතනයේ නම - .....

ශ්‍රේණිය - .....

අනු අංකය	නිලධාරියාගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	ඔබ ආයතනයට පත් වූ දිනය	ස්ථාන මාරුවක් ඉල්ලීමට හේතුව (කෙටියෙන්)	කාර්යාලයීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

සුදුසුකම් 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