

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) NTA/02/වෘ.ස්.මා./MN-1
 My No.)

ඔබේ අංකය)
 உமது இல)
 Your No. :)

දිනය)
 திகதி) 2017.04. 18
 Date)

සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය
சுகாதார, போசணமற்றும் சுதேசவைத்திய அமைச்சு
Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine

නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (ශ්‍රී ලංකා ජාතික රෝහල),
 සියළුම ශික්ෂණ රෝහල් / මහ රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන්,
 සියළුම මූලික රෝහල් / විශේෂිත ආයතන ප්‍රධානීන් ඇතුළු
 රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සියළුම ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත,

කළමනාකරණ සහකාර තාක්ෂණික නොවන බන්ධ - 02 (MN -01) සේවා ගණයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2017 - අභියාචනා කැඳවීම

කළමනාකරණ සහකාර තාක්ෂණික නොවන බන්ධ - 02 (MN -01) සේවා ගණයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබාදීමට අදාළව නිකුත් කරන ලද අංක 01-58/2016 හා 2016.10.31 දිනැති ස්ථාන මාරු වක්‍රලේඛය හා බැඳේ.

02. ඒ අනුව ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කරන ලද MN -01 සේවා ගණයට අයත් නිලධරයන් අතුරින් ස්ථාන මාරු මණ්ඩලය හරහා ස්ථාන මාරු නිර්දේශ වී ඇති නිලධරයන්ගේ හා නිර්දේශ වී නොමැති නිලධරයන්ගේ තොරතුරු ඇතුළත් නාම ලේඛනය මේ සමඟ වේ.

03. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය 2016.11.30 දිනට අඛණ්ඩව වසර 02 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද නිලධරයන්ගේ සහ 2016.11.30 දිනට අඛණ්ඩව වසර 03 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද නව පත්වීම් ලද නිලධරයන්ගේ ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය සලකා ස්ථාන මාරු නිර්දේශ ලබාදෙන ලදී.

04. මෙම ස්ථාන මාරු ලේඛනයේ නිර්දේශය යටතේ ‘නිර්දේශ කරමු’ ලෙස සඳහන් කර ඇත්තේ ස්ථාන මාරු ලබාදීමට ස්ථාන මාරු මණ්ඩලයේ නිර්දේශය ලැබී ඇති අයට වන අතර “පළාත් එකඟතාව ලබා ගැනීමට යටත්ව නිර්දේශ කරමු.” ලෙස සඳහන්ව ඇති අයට ස්ථාන මාරු සඳහා පළාත් අනුමැතිය නොලැබුනහොත් එම ස්ථාන මාරුව අවලංගු කිරීමට සිදුවන බව කාරුණිකව දන්වමි.

05. මෙම ස්ථාන මාරු යෝජනා සම්බන්ධව යම් පාර්ශවයන්ට විරෝධතා හෝ නිවැරදි කිරීම් හෝ අභියාචනා හෝ පවති නම් එම විරෝධතා / නිවැරදි කිරීම් හා අභියාචනා 2017.05.15 දිනට පෙර ආයතන ප්‍රධානියා මගින් විධිමත්ව අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 03, සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය, සුවසිරිපාය, කොළඹ - 10 යන ලිපිනයට දැනුම්දීමට කටයුතු කරන මෙන් වැඩිදුරටත් දන්වන අතර අභියාචනා ඉදිරිපත් කළ යුතු ආකෘතිය ඇමුණුම 01 මගින් දැක්වේ.


 එච්. ශ්‍රියානි ප්‍රනාන්දු,
 නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පරිපාලන) III
 නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) III
 සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය,
 සුවසිරිපාය, කොළඹ - 10
 සූජු ඖෂධ විමලවංශ හිමි මාවත,
 කොළඹ 10.

අභියාචනා ආකෘති පත්‍රය

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2016

නිලධරයාගේ / නිලධාරිනියගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

1. නිලධරයාගේ / නිලධාරිනියගේ සම්පූර්ණ නම:-
2. තනතුර හා ශ්‍රේණිය:-
3. මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්) :-
4. මූලකුරු සමඟ නම (සිංහලෙන්) :-
5. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-
6. දුරකථන අංකය:-
7. ස්ථාන මාරු යෝජිත නාම ලේඛනයේ නම සඳහන් අනු අංකය:-
8. දැනටමත් ලැබී ඇති ස්ථාන මාරු සම්බන්ධ යෝජිත තීරණය - නිර්දේශ කරමු. / නිර්දේශ නොකරමු. / පළාත් අනුමැතියට යටත්ව නිර්දේශ කරමු. / පුරප්පාඩු නැත.
9. අභියාචනා මගින් අපේක්ෂිත ඉල්ලීම -
.....
.....
.....
10. එම ඉල්ලීම ඉදිරිපත් කිරීමට හේතුව (එය සනාථ කිරීමට අවශ්‍ය ලිපිලේඛන අමුණා එවිය යුතුය.)
.....
.....
.....
11. ඉහත සඳහන් කර ඇති සියළුම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

.....
 දිනය නිලධරයාගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය
 අභියාචනය නිර්දේශ කරමි. / නොකරමි.

.....
 අත්සන හා නිල මුද්‍රාව