

සෞඛ්‍ය රියදුරු ස්ථාන මාරු අයදුම් පත්‍රය

- 01. නිලධාරියාගේ නම :
- 02. මුල් පත්වීමේ දිනය :
- 03. වර්ථමාන ශ්‍රේණිය/පන්තිය :
- 04. එම ශ්‍රේණියට/පන්තියට පත්වූ දිනය :
- 05. උපන් දිනය :
- 06. විශේෂ පුහුණුවක් තිබේ නම් විස්තර :

07. භාෂා ප්‍රවීණතා මට්ටම සිංහල: දෙමළ: ඉංග්‍රීසි:

- 08. ස්ථීර පදිංචිය හා දිස්ත්‍රික්කය :
- 09. විවාහක/අවිවාහක බව :
- 10. (අ) එසේ නම් ඇයගේ නම :
- (ආ) බිරිඳ රැකියාවක් කරයිද? :
- (ඇ) නිල නාමය :
- (ඈ) සේවය කරන ස්ථානයේ නම :

11. (අ) පාසල් යන ළමයින් ගණන සහ වයස :

(ආ) පාසල් නොයන ළමයින් ගණන සහ වයස :

12. සේවය කර ඇති සේවා ස්ථාන - වර්ථමාන සේවා ස්ථානය අගට සිටින සේ සඳහන් කරන්න.

අනු අංකය	සේවා ස්ථානය	සේවා කාලය	
		සිට	දක්වා
i			
ii			
iii			
iv			

13. වඩාත් කැමති සේවා ස්ථානය(ස්ථාන මාරුවීම් අපේක්ෂා නොකරන අය විසින් වර්ථමාන සේවා ස්ථානය පළමු මනාපය සේ දැක්විය යුතුය)මනාපය අනුපිලිවලින් සේවා ස්ථාන 03ක් දැක්වීම අනිවාර්යය.

අනු අංකය	සේවා කිරීමට කැමති සේවා ස්ථානය

14. ඉල්ලුම් කිරීමට හේතුව :

.....

15. වර්ථමාන සේවා ස්ථානයෙන් මාරු කරනු ලැබීමට විරුද්ධ වීමට හේතු ඇතොත් ඒ කවරේද ? යනු

.....

.....

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය බව මින් සහතික කරමි.

දිනය :/...../.....

.....

ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානි නිර්දේශය

මෙම ස්ථාන මාරුව නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

අනුප්‍රාප්තිකයකු නොමැතිව ඉල්ලුම් කරු මුදාලිය හැකිය /නොහැකිය.

දිනය:/...../.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන :

නිල මුද්‍රාව :