

**කුරුණෑගල හා කෑගල්ල ශික්ෂණ රෝහල් සඳහා ස්ථාන මාරු කැඳවීම - 2018**

නිලධාරියාගේ / නිලධාරිණියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

01. නිලධාරියාගේ / නිලධාරිණියාගේ සම්පූර්ණ නම - .....
02. තනතුර හා ශ්‍රේණිය - .....
03. මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්) - .....
04. මූලකුරු සමඟ නම (සිංහලෙන්) - .....
05. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය - .....
06. දුරකථන අංකය - .....
07. ස්ථාන මාරු යෝජිත නාම ලේඛනයේ නම සඳහන් අනු අංකය - .....
08. දැනටමත් ලැබී ඇති ස්ථාන මාරු සම්බන්ධ යෝජිත තීරණය - නිර්දේශ කරමු / සේවා කාලය සම්පූර්ණ නැත / පුරුප්පාඩු නැත)
09. 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

නිලධාරියාගේ අත්සන

12. අභියාචනයේ සඳහන් කරුණු පිළිබඳව විශේෂ ශ්‍රේණියේ නිලධාරියාගේ /නිලධාරීන්ගේ සහතිකය.

.....  
.....

දිනය

විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ  
අත්සන

13. හෙද නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනු විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

මෙහි සඳහන් කර ඇති 1,2,3,4,5,9, කරුණු නිවැරදි බවට සහතික කරන අතර ඉදිරිපත් කර ඇති අභියාචනයේ පිටපතක් පෞද්ගලික ලිපිගොනුවේ ඇතුළත් කළ බව සහතික කරමි.

දිනය

හෙද නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනු  
විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාරගේ නම සහ  
අත්සන

14. අභියාචනයේ සඳහන් කරුණු පිළිබඳව ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය -

(කරුණාගල හා කෑගල්ල රෝහල් සඳහා ස්ථාන මාරු කැඳවමින් නිකුත් කරන ලද අංක 01-22/2018 හා 2018.05.11 දිනැති පොදු වක්‍ර ලේඛයේ විධිවිධාන සපුරා නොමැති නිලධාරීන්ගේ අභියාචනා ආයතන ප්‍රධානීන් විසින් නිර්දේශ කරන්නේ නම් එයට පාදක වූ විශේෂිත හේතු ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

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

දිනය

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිලමුද්‍රාව