

**වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග මත සිටින,
අනුප්‍රාප්තිකයෙකු අවශ්‍ය හෙද / හෙදි නිලධාරීන්ගේ තොරතුරු කැඳවීම**

1. නම -
2. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය -
3. ජා.හැ. අංකය -
 a. නව -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 b. පැරණි -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4. දුරකථන අංකය 1. ජංගම - 11. ස්ථාවර-
5. මුල් පත්වීමේ දිනය -
6. වර්තමාන ශ්‍රේණිය -
7. වර්තමාන සේවා ස්ථානය -
8. වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කල දිනය -
9. ලබා ඇති ස්ථාන මාරු නියෝග පිළිබඳ විස්තර -

අනු අංකය	ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා ඇති වර්ෂය	ස්ථාන මාරු නියෝගය ලබා ඇති ආකාරය (වාර්ෂික ස්ථාන මාරු / උතුරු නැගෙනහිර ස්ථාන මාරු)	ස්ථාන මාරු නියෝගයට අනුව වාර්තා කල යුතු රෝහල	පළාත් රෝහලක් නම් අදාල පළාත	පළාත් රෝහලක් නම් පළාත් එකඟතාවය ලබා තිබේද?
01					
02					
03					

10. ස්ථාන මාරු නියෝගය ලබා තිබෙන සේවා ස්ථානයේ පුරප්පාඩු නොමැති නම් ස්ථාන මාරු මත වාර්තා කිරීමට කැමති වෙතත් ආයතන 06ක් කැමැත්තේ පිළිවෙලට සඳහන් කරන්න.

අනු අංකය	ආයතනය	පළාත් සභාවක් නම් අදාල පළාත
01		
02		
03		
04		
05		
06		

11. 2017 වර්ෂයේ දී ස්ථාන මාරු අනුව මුදා හැරීම සඳහා අනුප්‍රාප්තිකයෙකු ලබා දී තිබේද?

12. අනුප්‍රාප්තිකයෙකු ලබා දී තිබේ නම් මුදා නොහැරීමට හේතුව .

.....
.....

13. ඉහත දක්වා තිබෙන තොරතුරු සත්‍ය බව මින් ප්‍රකාශ කරන අතර මා හට ස්ථාන මාරුව ලබා ගැනීමට මෙම රෝහලට අනුප්‍රාප්තිකයෙකු ලබා දෙන මෙන් ඉල්ලා සිටිමි. අදාළ අනුප්‍රාප්තිකයා ලැබුණහොත් ස්ථාන මාරු නියෝගයට අනුව නව සේවා ස්ථානයට වාර්තා කරන බව කාරුණිකව දන්වමි.

.....

.....

දිනය

අත්සන

ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා ඇති මෙතෙක් මුදාහැර නොමැති නිලධාරීන්ගේ නාම ලේඛනය -

අනු අංකය	නම	ජා.හැ. අංකය	දුරකථන අංකය	මුල් පත්වීමේ දිනය	වර්තමාන සේවා ස්ථානය	වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය	ස්ථාන මාරු ලබා ඇති ආකාරය (වාර්ෂික ස්ථාන මාරු/ විශේෂ ස්ථාන මාරු) වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නම් වර්ෂය සඳහන් කරන්න	ස්ථාන මාරු නියෝග අනුව වාර්තා කළ යුතු රෝහල / පළාත	පළාත වෙත ස්ථාන මාරු ලබා ඇත්නම් පළාත් එකඟතාවය ලබා ඇති / නැති බව

සකස් කලේ -

පරීක්ෂා කලේ -

ස්ථාන මාරු නියෝග මත සිටින මෙතෙක් මුදාහැර නොමැති නිලධාරීන්ගේ තොරතුරු මෙයට ඇතුළත් කර ඇති බවට පරීක්ෂා කර නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

.....
දිනය

.....
ආයතනය ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිලමුද්‍රාව