

දුරකථන අංකය) 0112669192 , 0112675011
තොලපොම්) 0112698507 , 0112694033
Telephone) 0112675449 , 0112675280

ගැක්ස්) 0112693866
පෙක්ස්) 0112693869
Fax) 0112692913

විද්‍යුත් තැපෑල) postmaster@health.gov.lk
මින්නානුෂ්‍ය මුක්වාරී)
e-mail)

වෙබ් අඩවිය) www.health.gov.lk
ඩිජ්‍යෝනික් තැපෑල)
website)



සූචිවසිරිපාය

ස්වස්ථානික පාරිභාශක

SUWASIRIPAYA

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

ස්වස්ථානික පාරිභාශක

Ministry of Health

මගේ අංකය) MH/AE8/PARA/SPHI

එනතු ඇල) 2022/1

My No.)

එමඟේ අංකය)

ඉමතු ඇල)

Your No. :)

දිනය)

තිකති)

Date) 2023.12. 21

පොදු වක්‍රීති ලිපි අංක:- 02-173/2023

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතට ගැනෙන සියලුම ආයතන ප්‍රධානීන්,

පරිපාලන මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක ප්‍රහුණුවට බඳවාගැනීම.

රේඛීය අමාත්‍යාංශයට අයත් කළතර, ජාතික සෞඛ්‍ය විද්‍යායනනයේ පවතින පරිපාලන මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක තනතුරේහි පුරුෂ්පාඩ පිරවීම යැදා සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් පරිපාලන මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක තනතුරට අදාළ තෙතුමාසික ප්‍රහුණු පාඨමාලාව කළතර, ජාතික සෞඛ්‍ය විද්‍යායනනයේදී පැවැත්වීමට නියමිතව ඇත.

02. ඒ අනුව එබා ආයතනයේ/රේඛලේ සේවය කරන මෙම ප්‍රහුණුව යැදා ඉල්ලුම් කරනු ලබන පහත සඳහන් සුදුසුකම් සම්පූර්ණ කර ඇති මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පතු ඇමුණුම | ආකෘතියට අනුව සකස් කර ආයතන ප්‍රධානීය මහජන යොමු කළ යුතුය. සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පතු අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන-ආයතනික), 4 වන මහල - වම, සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය - උප කාර්යාලය, මෙඩිහ්ටුස් ගොඩනැගිල්ල, නො.26, ශ්‍රී සංස්ජ්‍ය මාවත, කොළඹ -10 ලිපිනය වෙත 2024.01.15 වන දිනට පෙර ලැබීමට සලස්වන මෙන් කාරුණිකව දන්වමි.

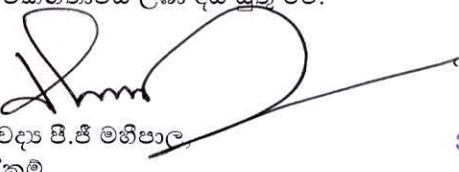
ප්‍රහුණුවට බඳවාගැනීමට අදාළ සුදුසුකම්:-

- I. මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක තනතුරේහි ස්ථීර කරන ලද නිලධාරීයෙකු විය යුතුය.
- II. මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක තනතුරේ I ග්‍රේණියට අයත් නිලධාරීයෙකු විය යුතුය.
- III. අයදුම්පත් කැඳවන අවසාන දිනට පුරුවායන්න වසර පහක(5) සතුවුදායක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබීම.
- IV. ප්‍රහුණුව සඳහා බඳවා ගැනීම සිදුකරනුයේ අතුරු වෙවා සේවාවට අයත් මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක තනතුරේ දැනටමත් සේවයේ නියුක්ත නිලධාරීන් අතුරීන් බැවින්, උපරිම වයස් සීමාව අදාළ නොවේ.

සැලකිය යුතුය.

දැනට පරිපාලන මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක ප්‍රහුණුව නොලබා එම තනතුරේ වැඩ බලන හෝ රාජකාරී ආවරණය කරන නිලධාරීන්ද එකී තනතුර ස්ථීරවම අභේක්ෂා කරන්නේනම් එම නිලධාරීන්ද ප්‍රහුණු පාඨමාලාව හැදුරිය යුතුය.

මෙම ප්‍රහුණුවට තෝරා ගැනීමෙන් පසුව නිලධාරීන් විසින් ප්‍රහුණුව හැර නොයා යුතු අතර ප්‍රහුණුව සාර්ථකව නිම කිරීමෙන් පසු අවම වගයෙන් වසර 03 ක් අදාළ තනතුරේ සේවය කළ යුතු බැවින් ඉල්ලුම් කරන නිලධාරීන් විසින් ඊට එකළතාවය ලබා දිය යුතු වේ.


වෛද්‍ය පී. පී. මහිජාල
ලේකම්
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
“සූචිවසිරිපාය”
385, පුත්‍ර බද්දෝගම විමලවාන හිමි මාවත,
කොළඹ 10.

වෛද්‍ය පී. පී. මහිජාල

ලේකම්

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

“සූචිවසිරිපාය”

385, පුත්‍ර බද්දෝගම විමලවාන හිමි මාවත,
කොළඹ 10.

පිටපත්-

01. නියෝජා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (අධ්‍යාපන, ප්‍රහුණු හා පරීයෙෂණ)
02. නියෝජා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (ම.සෞ.සේ) |
03. අධ්‍යක්ෂ (ප්‍රහුණු)

- කා.දැ.ගැ.පි.මිස් හා අ.ක.සඳහා
- කා.දැ.ගැ.සඳහා
- කා.දැ.ගැ.පි.මිස් හා අ.ක.සඳහා

ආදර්ශ අයදුම්පත

අනුරු වෛද්‍ය සේවාවට අයන් පරිපාලන මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක පුහුණු පාඨමාලාවට බෙදාවා ගැනීම

1 කොටස : අදාළ නිලධාරියා විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

1. (අ) නිලධාරියාගේ මුලකුරු සමග නම :-

(ආ) සම්පූර්ණ නම :-

(ඇ) උපන්දිනය:- ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

(ඇ) දුරකථන අංක :- ජාගම:- ස්ථාවර :-

(ඉ) මුල් පත්වීමේ දිනය:- ස්ථීර පත්වීම් ලද දිනය:-

2. වර්තමාන සේවා ස්ථානය:-

3. මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක පුහුණුවට බැඳුණු දිනය-.....

4. II 'ආ' බණ්ඩයේ තනතුරට පත්වීම් ලද දිනය-.....

5. II 'ආ' බණ්ඩයට උසස් වූ දිනය-.....

II 'ආ' බණ්ඩයේ කාර්යක්ෂමතා කඩුම් විභාගය සමන් වූ දිනය/දිනයන්-.....

I ගේණියට උසස් කරන ලද දිනය:-

(එම ලිපිවල සහතික කරන ලද පිටපත් ඇම්බිය යුතුය)

6. අයදුම්පත් කැදවන අවසාන දිනට පුරවාසන්න වූ වසර පහ (05) ක සේවා කාලය තුළ, සියලු වැටුප් වර්ධක නියමිත දිනට උපයාගෙන තිබේද?

2018-..... 2021 -

2019-..... 2022 -

2020-..... 2023 -

උපයාගෙන නොමැතිනම් ර්ට හේතු-.....

7. අයදුම්පත් කැදවන අවසාන දිනට පුරවාසන්න වූ වසර (05) ක සේවා කාලය තුළ ලබාගෙන ඇති වැටුප් රහිත නිවාඩු පිළිබඳ විස්තර.

(ආ) වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා තිබේ නම් අදාළ කාලවකවානු

8. අයදුම්පත් කැදවන අවසාන දිනට පුරවාසන්න වසර පහ (05) තුළ විනය පරීක්ෂණ හෝ විනය දැඩිවම් කිසිවක් ලබා තිබේද?

(ආ) තිබේනම් ඒ පිළිබඳ විස්තර :-

ඉහත සඳහන් විස්තර සත්‍ය හා තිවැරදි බවත්, මෙහි සඳහන් විස්තර කිසිවක් අසත්‍ය බව හෝ වැරදි බව අදාළ පුහුණුවට තොරා ගැනීමට පෙර සෞඛ්‍ය ගතහොත් එහින් මා පුහුණුව සඳහා තුෂ්පස්සෙකු වන බවත්, පුහුණුවට තොරා ගත් පසුව සෞඛ්‍ය ගතහොත් පුහුණුවෙන් ඉවත් කරන බවත් දැනීම්. මෙම පුහුණුවට තොරා ගැනීමෙන් පසුව පුහුණුව හැර නොයන බවත්, පුහුණුවෙන් පසු අදාළ තනතුරට තොරා ගත් පසු අවම වශයෙන් වසර 03 ක් සේවය කරන බවත් මෙයින් සහතික වෙමි/නොවෙමි.

.....
දිනය

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

2. කොටස: ආයතනම අධික්ෂණ නිලධාරියාගේ නිරදේශය.

මාගේ අධික්ෂණය යටතේ මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක තනතුරේ සේවය කරන
.....නිලධාරියා අවශ්‍ය සුදුසුකම් සපුරා ඇති බැවින් පරිපාලන මහජන
සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක තනතුරේ පුහුණුව සඳහා යොමු කිරීම නිරදේශ කරමි.

.....
දිනය

.....
විශේෂ ග්‍රෑනීයේ නිලධාරියාගේ/ අංශ ප්‍රධානීයාගේ
නිල මූදාව හා අත්සන

**3. කොටස: විෂය භාර නිලධාරියා/නිලධාරිණිය විසින් අදාළ නිලධාරියාගේ පෙරද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව
සම්පූර්ණ කළ යුතුය.**

අදාළ නිලධාරියාගේ පෙරද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතේ 1 සිට 8 දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු
නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.

.....
දිනය

.....
විෂය භාර නිලධාරියාගේ/නිලධාරිණියාගේ
අත්සන

4. කොටස: පරිපාලන නිලධාරියාගේ/නිලධාරිණියාගේ නිරදේශය

අදාළ නිලධාරියාගේ අයදුම්පතේ 1 සිට 8 දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු නිවැරදි බව සහතික කරමි.
අයදුම්පතුය නිරදේශ කරමි.

.....
දිනය

.....
පරිපාලන නිලධාරියාගේ අත්සන
හා නිල මූදාව

5 කොටස: ආයතන ප්‍රධානීයාගේ නිරදේශය:-

මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක තනතුර දරන මයා
සම්බන්ධයෙන් ඉහත දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු නිවැරදි බවත්, මහු එම තනතුරේ I ග්‍රෑනීයට
.....දින උසස්වීම ලබා ඇති බවත් සහතික කරමි. අතුරු වෙවදා සේවාවේ පරිපාලන මහජන
සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක පුහුණු පාඨමාලාවට සහභාගි වීම සඳහා ඉදිරිපත් කර ඇති මෙම අයදුම්පත නිරදේශ කරමි.

.....
දිනය

.....
ආයතන ප්‍රධානීයාගේ අත්සන හා නම සහිත
නිල මූදාව

දුරකථන අංකය) 0112669192 , 0112675011
ජොලපේෂි) 0112698507 , 0112694033
Telephone) 0112675449 , 0112675280

ැක්ස්) 0112693866
පෙක්ස්) 0112693869
Fax) 0112692913

විද්‍යුත් තැපෑල)postmaster@health.gov.lk
මිනින්න්සල් (මුක්සා))
e-mail)

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



සූචිරිපාය
සුවසිරිපාය
SUWASIRIPAYA

මග අංකය)MH/AE8/PARA/SPHI
எண்டு නිල)2022/1
My No.)

හෙබ් අංකය)
ඉමතු නිල)
Your No. :)

දිනය)2023.12. 21
තික්ති)
Date)

සේඛලය අමාත්‍යාංශය
සකාතාර අමෙස්ස්
Ministry of Health

පොතු කර්ත්‍රිකාක කඩත නිලකම් : 02 - 173/2023

මත්තිය අමෙස්සින් ක්ෂේත්‍රීය නිරුවකික්කප්පාකින්න නිරුවන්ත තැලවර්කාල්.

මෙර්පාර්ලව තරත්තිල් ඉංජ්‍යා පොතු සකාතාර පරිශෝතකරුකාන යුතුවේ

තෙත්‍ය සකාතාර විශ්‍යාන කල්ඩි නිරුවන්තින් පොරුත්ටු මෙර්පාර්ලව තරත්තිල් පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරුකාන පත්වී බෙව්ර්තින්කළා නිර්ප්‍යාතර්කාක, සකාතාර අමෙස්සිනාල් කුණ්තුනෙයිල් ඉංජ්‍යා තෙත්‍ය සකාතාර විශ්‍යාන කල්ඩි නිරුවන්තිල් මෙර්පාර්ලව තරත්තිලාන පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරු පත්වී තොට්‍රපාල මුණ්‍රා මාත යුතුව තැබ්දි නිරුවන්ත තැබ්දි නිවැරදිවත්තු.

02. අතභ්‍ය පින්වරුම නිපන්තනෙකරුකාමය පින්වරුම තකමෙකළා පුර්ත්ති රුහුණ්‍යා ඉමතු නිරුවන්ම/වෙත්තියාලෝදා පණියාර්ථුම ඒවා පයිර්සික්කාක විණ්ණපිත්ත්‍රාන් පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරුකාන් විණ්ණප්පාය්‍යවන්කළා උගෙන්පු පුර්ත්ති පාඨ තයාරික්කප්පාත්ටු නිරුවන්ත තැලවරින් ඡෞටාක සමර්ප්‍යිත්තල වෙන්නුම. පුර්ත්ති රුහුණ්‍යා පින්වරුම් විණ්ණප්පාය්‍යවන්කළා 15.01.2024 ආම් තික්ති අභ්‍යන්තු අත්තිකතික්කු මුණ්නර් කිටාක්කකු ත්‍යාක පණිපාලාර (නිර්වාකම - නිරුවන්ම), 4ම් මාඳ - මිනු පක්කම්, සකාතාර අමෙස්සින් - තුණෙන අවුවලකම, මෙධිහුවාල් කට්ඩාම, තික්ති 26, ජ්‍යු සංකරාජ්‍ය මාවත්තෙ, කොමුඩ්-10 ගනුම මුකවරික්කු පතිව්‍යපාලිල අනුප්‍රි ගෙවක්කුම පාඨ ඉංජ්‍යාකුක්කු අව්‍යාපික්කප්පාකින්නතු.

යුතුවා නොවන ප්‍රාග්ධන අනුව පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරුකාන තැබ්දි හෝ පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරුකාන තැබ්දි හෝ පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරුකාන තැබ්දි හෝ

- i. පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරුකාන පත්වීයිල නිරන්තරමාක්කප්පාත්තිර්තාල වෙන්නුම.
- ii. තරම I පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරාක උගෙන්පු නිරුවන්තියා වෙන්නුම.
- iii. විණ්ණප්පාත්තියා උගෙන්පු නිරුවන්ති තික්තික්කු මුණ්නරාක කිට්දා මෙධිහුවාල් වෙන්නුම.
- iv. පයිර්සියාන් පොරුත්ටු නිරුවන්තියා වෙන්නුම පොතු සකාතාර පරිශ්‍යාතකරුකාන පත්වීයිල ගෙවක්කු ඇත්තා මුණ්නරාක මෙධිහුවාල් වෙන්නුම.

கவனத்தில் கொள்ளப்பட வேண்டும்:

தற்போது, மேற்பார்வை பொது சுகாதார பரிசோதகர் சேவைக்கான பயிற்சினைப் பெறாமல் அந்தப் பதவியை வகிக்கின்ற அல்லது அப்பதவிக்குறிய கடமைகளை மேற்கொள்கின்ற (Covering) அலுவலர்கள் அந்த பதவியை நிரந்தரமாக வகிப்பதற்கு விரும்பினால், அத்தகைய அலுவலர்களும் குறித்த பயிற்சி நெறியை தொடருதல் வேண்டும்.

- ❖ இப்பயிற்சிக்கு தேர்ந்தெடுக்கப்படும் அலுவலர்கள், அவர்கள் தெரிவுசெய்யப்பட்ட பின்னர் பயிற்சியை விட்டு விடகூடாது என்பதுடன் பயிற்சியை வெற்றிகரமாக பூர்த்தி செய்த பின்னர், அவர்கள் அப்பதவியில் ஆகக் குறைந்தது 03 வருடங்கள் பணியாற்ற வேண்டும். அதனால் விண்ணப்பிக்கும் அலுவலர்கள் அதற்கான அவர்களது ஒப்புதலை வழங்குதல் வேண்டும்.



வைத்தியர். பி. ஜி. மஹிபால்.
செயலாளர்.

Dr. P. G. Mahipala
Secretary
Ministry of Health
"Suwasiripaya"
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,
Colombo 10, Sri Lanka.

பிரதிகள் :

01. பிரதி பணிப்பாளர் நாயகம் (கல்வி, பயிற்சிமற்றும் ஆராய்ச்சி) – தே. நடவடிக்கைகாகவும், தகவலுக்காகவும்
02. பிரதி பணிப்பாளர் நாயகம் (பொது சுகாதார சேவைகள்) I – தகவலுக்காக
03. பணிப்பாளர் (பயிற்சி) – தே. நடவடிக்கைகாகவும், தகவலுக்காகவும்

முாதிரி விண்ணப்பப்படவும்

துணை மருத்துவ சேவையில் மேற்பார்வை தரத்தில் உள்ள பொது சுகாதார பரிசோதகர்களுக்கான பயிற்சி நெறிக்கு ஆட்சேர்ப்பு செய்தல்.

1 ஆம் பகுதி : உரிய உத்தியோகத்தினால் பூரணப்படுத்தப்படல் வேண்டும்.

1. (அ). உத்தியோகத்தின் பெயர் முதல் எழுத்துக்களுடன் :-

(ஆ) முழுப் பெயர் :.....

(இ) பிறந்த திகதி :தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் :

(ஈ). தொலைபேசி இலக்கம் (தனிப்பட்ட) :.....வீட்டு தொலைபேசி :.....

(உ). நியமனத் திகதி :.....

நியமனம் நிரந்தரமாக்கப்பட்ட திகதி :.....

2. தற்போது சேவையாற்றும் நிறுவனம் :

3. பொது சுகாதார பரிசோதகர் பதவியில் இணைந்த திகதி :

4. பிரிவு II “ஆ” பதவிக்கு நியமனம் பெற்ற திகதி :

5. பிரிவு II “அ” இற்கு பதவியுயர்வு பெற்ற திகதி:

பிரிவு II “அ” இன் விணைத்திறன் தடைப் பரிசோதகர் பதவியில் சித்தியடைந்த திகதி/திகதிகள்

தரம் I ஆம் இற்கு பதவியுயர்வு பெற்ற திகதி :

(குறித்த பதவியுயர்வு கடிதத்தின் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட பிரதியொன்று இணைக்கப்பட வேண்டும்.)

6. விண்ணப்பத்தின் இறுதித்திகதிக்கு முன்னரான ஐந்து (05) வருட சேவைக் காலப்பகுதியினுள் உரிய திகதியில் சகல சம்பள ஏற்றங்கலும் உரியகாலத்தில் உழைத்துப் பெறப்பட்டுள்ளதா?

2018: 2021:

2019: 2022:

2020: 2023:

7. விண்ணப்பங்கள் கோரப்பட்ட இறுதித்திகதிக்கு முன்னராக கிட்டிய 05 வருட சேவைக்காலப்பகுதியில் உத்தியோகத்தாதர் பெற்றுள்ள சம்பளமற்ற விடுமுறை தொடர்பான விபரங்கள்,

(அ) ஏதேனும் சம்பளமற்ற விடுமுறை பெற்றிருப்பின் அதற்குரிய கால எல்லை மற்றும் காரணம் :

.....

8. (அ) விண்ணப்பங்கள் கோரப்பட்ட இறுதித் திகதிக்கு உடன் முன்னதாக கிட்டிய ஐந்து (05) வருட சேவைக் காலத்தினுள் ஒழுக்காற்று விசாரணைகள் மற்றும் ஒழுக்காற்றுத் தண்டனைகள் ஏதும் பெற்றுள்ளோ:

(ஆ) அவ்வாறு பெற்றிருப்பின் அதற்கான காரணம் :

மேற்படி விபரங்கள் யாவும் உண்மையானவை எனவும், சரியானவை எனவும் உறுதி மொழிகிறேன். இதில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எந்தவொரு தகவலும் உண்மையற்றவை அல்லது பிழையானவை என கண்டுபிடிக்கப்பட்டால் பயிற்சிக்கு தெரிவு செய்யப்படுவதற்கு முன்னராயின் நான் பயிற்சிக்கு தகுதியற்றவர் எனவும், தெரிவுசெய்யப்பட்டதன் பின்னராயின் எதுவித நட்டாடும் இன்றி பயிற்சியிலிருந்து நீக்கப்படுவேன் என்பதையும் நான் அறிவேன். இப்பயிற்சிக்கு தெரிவு செய்யப்பட்டதன் பின்னர் பயிற்சியில் இருந்து விலகமாட்டேன். என்றும் பயிற்சியின் பின்னர் உரிய பதவிக்கு தெரிவு செய்யப்பட்டதன் பின்னர் குறைந்தபட்சம் 03 வருடங்கள் அப்பதவியில் பணியாற்றுவேன் என்றும் உறுதி மொழிகின்றேன்.

திகதி

விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

2. வதுபகுதி : நேரடி கிட்டிய மேற்பார்வை உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை:

எனது மேற்பார்வையின் கீழ் பொது சுகாதார பரிசோதகர் I பதவி வகிக்கும் திரு:..... உத்தியோகத்தர் தேவையான தகைமைகளைப் பூர்த்தி செய்திருப்பதால் மேற்பார்வை பொது சுகாதார பரிசோதகர் பதவிக்கான பயிற்சியை பெறுவதற்காக பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

.....
திகதி

.....
விஷேட தர உத்தியோகத்தரின் /பிரிவுத்தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை.

3. வது பகுதி :

விடயப்பொறுப்பு உத்தியோகத்தரினால் உரிய உத்தியோகத்தரின் சுய விபரக்கோவையின் பிரகாரம் பூரணப்படுத்தப்படல் வேண்டும்.

சம்பந்தப்பட்ட உத்தியோகத்தரின் விண்ணப்பத்தில் வழங்கப்பட்ட 1 தொடக்கம் 8 வரையான சகல விபரங்களும் சம்பந்தப்பட்ட உத்தியோகத்தரின் சுய விபரக் கோவையின் பிரகாரம் சரியானவை என உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....
திகதி

.....
விடயப் பொறுப்பு உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

4. வது பகுதி : நிர்வாக உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை :

உரிய உத்தியோகத்தரின் விண்ணப்பத்தில் வழங்கப்பட்டுள்ள 1 தொடக்கம் 8 வரையாந சகல விபரங்களும் சரியானவை என உறுதிப்படுத்துகின்றேன். விண்ணப்பத்தை பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

.....
திகதி

.....
நிர்வாக உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை

5. வது பகுதி : நிறுவனத்தலைவரின் பரிந்துரை :

பொது சுகாதார பரிசோதகர் I பதவி வகிக்கும் திரு தொடர்பாக மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள சகல விபரங்களும் சரியானவை எனவும், அவர் பொது சுகாதார பரிசோதகர் I பதவியின் I ஆம் தரத்திற்கு திகதியிலிருந்து பதவியுயர்வு பெற்றார் எனவும், விண்ணப்பங்கள் கோரப்படும் இறுதித் திகதிக்கு தொடர்ச்சியான மற்றும் திருப்திகரமான 05 வருடசேவைக்காலத்தைப்பூர்த்திசெய்துள்ளார் எனவும் உறுதி மொழிகின்றேன். துணை மருத்துவ சேவைக்குறிய மேற்பார்வை பொது சுகாதார பரிசோதகர் சேவைக்கான பயிற்சினை பெறுவதற்காக சமர்ப்பிக்கப்பட்ட இந்த விண்ணப்பத்தை பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

.....
திகதி

.....
பெயருடன் நிறுவனத் தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை

දුරකථන අංකය) 0112669192 , 0112675011
තොලපොසි) 0112698507 , 0112694033
Telephone) 0112675449 , 0112675280

තැක්ස්) 0112693866
යේක්ස්) 0112693869
Fax) 0112692913

විද්‍යුත් තැපෑල)postmaster@health.gov.lk
මින්නන්තුස්ල මුක්වරී)
e-mail)

වෛත් අඩවිය) www.health.gov.lk
ඩියෙයාත්තූම්)
website)



මගේ අංකය) MH/AE8/PARA/SPHI

எனது තිළ) 2022/1
My No.

බහෙ අංකය)
ඉමතු තිළ)
Your No. :)

දිනය)
තිකති) 2023.12. 21
Date)

SUWASIRIPAYA
සුවසිරිපාය
Ministry of Health

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

ස්කාතාර් අමෙස්ස

General Circular Letter No:-02-173/2023

Heads of Institutions under the Line Ministry,

Training of Supervisory Public Health Inspector

The three months training course related to the post of Supervisory Public Health Inspector is scheduled to be conducted by the Ministry of Health at the National Institution of Health Science, Kalutara, to fill the vacancies in the Supervisory Public Health Inspector positions for the National Institution of Health Science.

02. Accordingly, the application form of the Public Health Inspectors applied for this training, who is working in your Institution/Hospital who have satisfied the following qualifications should be prepared according to the Annex I and forwarded by the Head of the Institution. The completed application should be sent by registered post to the Director (Administration & Establishment), 4th floor-left Side, Sub office of the Ministry of Health, Medihouse Building, No-26, Sri Sangaraja Mawatha, Colombo-10 to reach on or before 15.01.2024.

Qualifications for recruitment to training:-

- I. Should be a permanent officer in the Post of Public Health Inspector.
- II. Should be an officer belonging to Grade I of Public Health Inspector Post.
- III. Successfully complete five (5) years of satisfactory service prior to the last date of application.
- IV. As the recruitment for the training is done among the officers who are already employed in the post of Public Health Inspector under the Para Medical Service, the maximum age limit is not applicable.

Should be considered

Currently, the officers who are working in that position or covering the duties without receiving Supervisory Public Health Inspector training, if they aspire for that position permanently, those officers should also take the training course.

After being selected for this training, the officers should not leave the training and after successfully completing the training, they should serve in the relevant position for at least 03 years, the applying officers should give their consent for that.

Dr. P.G. Mahipala,
Secretary.

Dr. P. G. Mahipala

Secretary
Ministry of Health
"Suwasiripaya"

385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,
Colombo 10. Sri Lanka.

Copies-

01. Deputy Director General (Education, Training & Research)
02. Deputy Director General (Public Health Services) I
03. Director (Training)

- For necessary action.
- For information.
- For necessary action.

Specimen Form of Application
Training for the Supervisory Public Health Inspector of the Para Medical Service

Part-01: To be filled by the relevant officer himself

1. (a) Name with Initials:
- (b) Name in Full:
- (c) Date of Birth:-..... National Identity Card No.:
- (d) TP Number: (mobile)-..... Residence:-.....
- (e) Date of Appointment:-.....
Date on which Confirmed for the post:-.....
2. Current Place of Work:-.....
3. Date of Joining Public Health Inspector Training:-.....
4. Date of Appointment to the Post of Segment II "B":-.....
5. (a) Date of Promotion to Segment II "A":-.....
(b) Date/dates of passing the efficiency bar examination in segment II "A":-.....
(c) Date of Promotion in to Grade I:
(Should attach certified copies of the said letters)
6. Have all salary increments been earned on due date during the (05) years of service preceding the last date of application.
2018-..... 2021-.....
2019-..... 2022-.....
2020-..... 2023-.....
7. Particulars of no-pay leave obtained by the officer during the service period of 05 years immediately prior to the closing date of application.
(a) If officer has obtained other no-pay leave, relevant periods and reasons :-
.....
.....
8. (a) Have you been subjected to any disciplinary inquiry or disciplinary punishment during the service period of 05 years immediately prior to the closing date of application:
- (b). Particulars, if any: -
.....

I Know that the details mentioned above are true and correct, and if any of the details mentioned here are found to be false or incorrect before being selected for the relevant training, I will be disqualified for the training, and if found after being selected for the training, I will be removed from the training. I hereby certify that I will not leave the training after being selected for this training, and that I will serve for at least 03 years after being selected for the relevant post after the training.

.....
Date

.....
Signature of the Applicant

Part - 02: Recommendation of the immediate Supervisory Officer: -

If Mr. who is serving in the post of Public Health Inspector under my supervision, has completed the required qualifications, I recommend for Training of Supervisory Public Health Inspector.

.....

Date

.....

Signature and Official Stamp of the Officer in Special Grade / Head of the Branch

Part- 03: To be filled by the officer-in charge of the subject according to the personal file of the officer concerned.

I hereby certify that all the particulars furnished from 01-08 in the application are correct according to the personal file of the officer concerned.

.....

Date

.....

Signature of the officer-in charge of the subject

Part- 04: Recommendation of the Administrative Officer

I certify that all the particulars furnished from 01-08 in the application of the officer concerned are correct.

.....

Date

.....

Signature of the Administrative Officer

Part- 05: Recommendation of the Head of Institution

I certify that all information furnished above of Mr..... who is holding the post of Public Health Inspector, is correct, he has been promoted to Grade I / in the post of Public Health Inspector from the date of, and has completed a continuous and satisfactory service period of 05 years as at closing date of the application. I recommend this application submitted for Training of Supervisory Public Health Inspector under the Para Medical Service.

.....

Date

.....

Signature and Official Stamp with name of the Head of Institution