දුරකථන ) 0112669192 , 0112675011
தொலைபேசி ) 0112694033 , 0112675280
Telephone ) 0112675449

ෆැක්ස් ) 0112693866
பெக்ஸ் ) 0112693869
Fax ) 0112692913

විද්‍යුත් තැපැල ) postmaster@health.gov.lk
மின்னஞ்சல் முகவரி )
e-mail )

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


සුවසිරිපාය
சுவசிரிபாய
SUWASIRIPAYA


මගේ අංකය ) NA/04/PRINCIPAL/01/2025
எனது இல )
My No. )

ඔබේ අංකය )
உமது இல )
Your No. )

දිනය ) 2025.12. 04
திகதி )
Date )


# සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය
# சுகாதார மற்றும் வெகுஜன ஊடக அமைச்சு
# Ministry of Health & Mass Media

පොදු චක්‍රලේඛ ලිපි අංක :- 01 - 50/2025

අදාළ ආයතන ප්‍රධානීන් සහ,
සියලුම හෙද විදුහල්පති / විදුහල්පතිනියන් වෙත.

<u>සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ හෙද විදුහල්පති තනතුර සඳහා බඳවා ගැනීම.</u>

පහත සඳහන් හෙද විදුහලේ පුරප්පාඩුව පවතින විදුහල්පති තනතුර සඳහා විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරි (අධ්‍යාපන) තනතුරුවල සේවයේ නියුතු නිලධාරීන්ගෙන් අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ.

01. හෙද විදුහල - අනුරාධපුරය

02. පහත සඳහන් සුදුසුකම් සපුරා ඇති හෙද සේවයේ නිලධාරීන්ට/නිලධාරිනියන්ට මේ සඳහා අයදුම් කළ හැකි ය. අයදුම්කරුවන් සම්මුඛ පරීක්ෂණයේ දී ලබා ගන්නා ලකුණුවල කුසලතාව පදනම් කරගෙන එම තනතුරු සඳහා පත් කිරීම සිදු කරනු ලැබේ. කුසලතාව අනුව තමන් පත් කරන සේවා ස්ථානයේ සේවය සඳහා වාර්තා කරනු නොලැබුවහොත්, පත්වීම අවලංගු වනු ඇත. එමෙන්ම දැනට හෙද විදුහල්පති තනතුරු දරන නිලධාරීන්ට ද ඉහත විදුහල්වල හෙද විදුහල්පති තනතුරට පත්වීමක් අවශ්‍ය වන්නේ නම්, මේ අනුව අයදුම් කළ යුතු වේ. එමෙන්ම පුරප්පාඩුව පවතින හෙද විදුහල්වලට සුදුසුකම්ලත් නිලධාරියෙකු තෝරා පත් කිරීමේ දී ඒ වන විට විදුහල්පති තනතුරක් දරන අයදුම්කරුවකු/අයදුම්කාරියක් තේරී පත් වුවහොත් එම පුරප්පාඩු වන හෙද විදුහල්පති තනතුර ද මෙම සම්මුඛ පරීක්ෂණයේ ප්‍රතිඵල මත සම්පූර්ණ කිරීමට නියමිත ය.

2.1 **සුදුසුකම්**

2.1.1 විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන) නිලධාරියෙකු වීම.

2.1.2 රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා චක්‍රලේඛ අංක 01/2020 හි සඳහන් විධිවිධානයන්ට අනුකූලව විනයානුකූල දඬුවමක් ලබා නොතිබීම.

2.1.3 පූර්වාසන්නතම වසර 05 තුළ නියමිත වැටුප් වර්ධක සියල්ලම උපයාගෙන තිබීම හා සක්‍රීය සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබීම.

2.1.4 අනුමත කාර්ය සාධන ඇගයීම් පටිපාටිය අනුව උසස්වීමේ දිනට පෙරාතුව වූ වසර 05 ක් තුළ සතුටුදායක මට්ටමට වඩා ඉහළ කාර්ය සාධනයක් පෙන්නුම් කර තිබීම.

03. අයදුම්පත් එවීමේ ක්‍රමය

3.1 මෙම චක්‍රලේඛ මගින් දක්වා ඇති ආදර්ශය අනුසාරයෙන් අයදුම්කරුවන් විසින් පිළියෙල කරනු ලබන අයදුම්පත් 2025.12.23 දිනට හෝ ඊට ප්‍රථම ලැබෙන සේ අදාළ හෙද විදුහල්පති වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතු ය. අදාළ හෙද විදුහල්පතිවරුන්ට ලැබෙන අයදුම්පත්වල නියමිත ස්ථානයේ සිට නිර්දේශයන් සඳහන් කර, අදාළ රෝහලේ අධ්‍යක්ෂවරුන්ට/සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 05 /ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ වෙත 2025. 12.30 දිනට හෝ ඊට පෙර ලැබෙන සේ ඉදිරිපත් කළ යුතු ය.

3.2 රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන්/අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 05/ ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ විසින් අයදුම්පත්වල තිබෙන කරුණු අයදුම්කරුවන්ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුවල වාර්තා සමඟ සසඳා බලා, එහි සඳහන් විස්තරවල නිරවද්‍යතාවය ගැන සහතික කළ යුතු ය.

3.3 අයදුම්පත්වල අවසානයේ සඳහන් වාර්තාව ද සමඟ සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත් ශික්ෂණ රෝහල්/මහ රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන්/අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 05 / ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ විසින් 2026.01.05 දිනට හෝ ඊට පෙර අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 01, සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය, සුවසිරිපාය, අංක 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10 යන ලිපිනයට ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් එවීමට හෝ අතින් ගෙනවිත් භාර දීමට කටයුතු කළ යුතු ය. කිසිදු හේතුවක් නිසාවත් නිලධරයෙකු විසින් ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශ රහිතව හෝ ආවරණ ලිපියක් රහිතව ඉදිරිපත් කරන අයදුම්පත් භාරගනු නොලැබේ. මෙම නිවේදනයට පරිබාහිර සෑම අයදුම්පතක්ම දැනුම් දීමකින් තොරව ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.

3.4. නියමිත දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් සම්බන්ධයෙන් සලකා බලනු නොලැබේ. අයදුම්පත් යොමු කිරීමේදී ලියුම් කවරයේ වම්පස ඉහළ කෙලවරේ **"සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ හෙද විදුහල්පති තනතුර"** යනුවෙන් සඳහන් කළ යුතු වේ.

04. තෝරා ගනු ලබන ක්‍රමය

4.1. සුදුසුකම් සහිත අයදුම්කරුවන්/අයදුම්කාරියන් අතුරින් සෞඛ්‍ය සේවා කමිටුව විසින් අනුමත කරනු ලබන සම්මුඛ පරීක්ෂණ මණ්ඩලයක් මගින් ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණයක් පවත්වා සුදුස්සන් තෝරාගනු ලැබේ.

4.2. තනතුරට බඳවා ගැනීම සඳහා වන සම්මුඛ පරීක්ෂණයට පෙනී සිටීම සඳහා අවශ්‍ය සුදුසුකම් සපුරා ඇති බවට පිළිගනු ලබන්නේ අයදුම්කරු ඉහත 2 හි සුදුසුකම් අයදුම්පත් කැඳවීමේ අවසාන දිනට සෑම ආකාරයෙන්ම සම්පූර්ණ කර තිබේ නම් පමණි.

4.3. සුදුසුකම් සනාථ කිරීම සඳහා අදාළ සහතිකවල පිටපත් අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතු ය.

05. සම්මුඛ පරීක්ෂණයේ දී අදාළ කරගන්නා ලකුණු පටිපාටිය පහත දැක්වේ.

5.1. විශේෂ ශ්‍රේණියේ ජ්‍යෙෂ්ඨත්වයට **ලකුණු 50**

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා චක්‍රලේඛ 01/2019 අනුව ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය සඳහා ලකුණු ලබා දෙනු ලැබේ.

5.2. හෙද විදුහල්පති තනතුරේ පළපුරුද්ද සඳහා **ලකුණු 20**

එක් වර්ෂයකට ලකුණු 02 බැගින් හිමිවන අතර මාස 03ක් සඳහා අනුපාතිකව ලකුණු 0.5 ක් හිමි වේ.

5.3.විශේෂ කුසලතාවයන් සඳහා ලකුණු 10
(එක් කුසලතාවයකට ලකුණු 2.5 බැගින්)

i. ක්ෂේත්‍රයට අදාළ ව්‍යාපෘතියක් සඳහා ලකුණු 2.5
ii. ක්ෂේත්‍රයට අදාළ ප්‍රකාශනයක් සඳහා ලකුණු 2.5
iii. ක්ෂේත්‍රයට අදාළ විශේෂ පුහුණු පාඨමාලාවක් සඳහා ලකුණු 2.5
(කාලය මාස 06කට නොඅඩු පුහුණු පාඨමාලා පමණක් සලකා බලනු ලැබේ.)
iv. ක්ෂේත්‍රයට අදාළ පර්යේෂණයක් සඳහා ලකුණු 2.5
සටහන . පර්යේෂණ හා ප්‍රකාශන සඳහා ලකුණු ලබාදීමේදී ඇමුණුම 01 හි සඳහන් නිර්නායක අදාළ කරගත යුතුය.

5.4 වෘත්තීය සුදුසුකම් සඳහා ලකුණු 15
(ඉහළම සුදුසුකම සඳහා පමණක් ලකුණු ලබා දෙනු ලැබේ.)

I. ක්ෂේත්‍රයට අදාළ මාස 06 කට වැඩි අධ්‍යයන කාලයක් සහිත ඩිප්ලෝමා පාඨමාලාවක් සඳහා ලකුණු 10
II. හෙද විද්‍යා උපාධිය සඳහා ලකුණු 15
III. තනතුරට බඳවා ගැනීම සඳහා අවශ්‍යවන මූලික සුදුසුකම සඳහා අදාළ කරගනු ලැබූ අධ්‍යාපන සුදුසුකම් සඳහා මේ යටතේ ලකුණු ලබා දෙනු නොලැබේ.
IV. රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා චක්‍රලේඛ අංක : 01/2025 හි විධිවිධාන ප්‍රකාරව නිලධාරියා විසින් අදාළ උපාධි සුදුසුකමුවල සත්‍යතාවය පිළිබඳව අදාළ විශ්වවිද්‍යාලයෙන් සත්‍යාපනය කරගත යුතු වේ.

5.5.සම්මුඛ පරීක්ෂණයේ දී දක්වනු ලබන කුසලතාවයන් සඳහා ලකුණු 05
(නායකත්වය,පෞර්ෂත්වය හා සන්නිවේදන කුසලතා සඳහා)

06. මෙම තනතුර ස්ථිරය, විශ්‍රාම වැටුප් සහිතය, වැන්දඹු අනත්දරු/වැන්දඹු පුරුෂ අනත්දරු, විශ්‍රාම ක්‍රමයට දායක මුදල් ගෙවිය යුතු ය.

07. තනතුර සඳහා අංක 10/2025 හා 2025.03.25 දිනැති රාජ්‍ය පරිපාලන චක්‍රලේඛය අනුව MT-08-2025 හි 04 වන වැටුප් පියවරෙන් ඇරඹෙන වැටුප් පරිමාණයේ අනුරූපී වැටුප් පියවර, විදුහල්පති දීමනාව හා ඉගැන්වීමේ දීමනාව හිමි වේ.

08. මෙම චක්‍රලේඛයේ අඩංගු සියලු කරුණු සුදුසුකම් ලබා ඇති හෙද සේවයේ සියලුම නිලධාරීන්ට/නිලධාරිනියන්ට දැන ගැනීමට සැලැස්වීම අදාළ ආයතන ප්‍රධානියාගේ වගකීමක් වනු ඇත.

09. මෙම චක්‍රලේඛයේ සිංහල, ඉංග්‍රීසි පාඨ අතර යම් අනනුකූලතාවයක් ඇති වුවහොත්, එවිට සිංහල පාඨය බලපැවැත්විය යුතු වන්නේ ය.

10. තවද මෙම නිවේදනය මගින් ආවරණය නොවන යම් කරුණක් සම්බන්ධයෙන් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ සෞඛ්‍ය සේවා කමිටුවේ තීරණය අවසන් තීරණය වනු ඇත.

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ සෞඛ්‍ය සේවා කමිටුවේ නියමය පරිදි

විශේෂඥ වෛද්‍ය අනිල් ජාසිංහ
ලේකම්
සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය

විශේෂඥ වෛද්‍ය අනිල් ජාසිංහ
ලේකම්
සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය
"සුවසිරිපාය"
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.

පිටපත :- ලේකම් , රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ සෞඛ්‍ය සේවා කමිටුව - දැ.ගැ.පි

ඇමුණුම 01

**පර්යේෂණ / ප්‍රකාශන ඇගයීම සඳහා අදාළ කර ගත යුතු නිර්ණායක**

I. ප්‍රකාශන

(අ) ජර්නර් පත්‍රිකා - සමාලෝචනයට ලක් කර ඇති අංකිත ප්‍රකාශන මාලාවක පළකරන ලද ශාස්ත්‍රීය වැදගත්කමක් සහිත සම්පූර්ණ පිටපතක් සහිත රචනයක් හෝ ලිපියක්

(ආ) සමුළු පත්‍රිකා/ උද්ධෘත/ අවසන් වශයෙන් පිටපත් කරන ලද රචනා

ශාස්ත්‍රීය වටනාකමක් සහිත සම්මේලන, සභාවක්, සම්මන්ත්‍රණ, අධ්‍යයන සම්මේලන, සංවාද මණ්ඩප, වැඩමුළු හෝ ශාස්ත්‍රීය සම්මන්ත්‍රණ සඳහා යොදා ගත් වාර්තා

සැ.යු. උක්ත ප්‍රකාශන එකී අවස්ථාවන් සඳහා යොදාගත් බව සනාථ කිරීම අයදුම්කරුගේ වගකීම වේ.

II. කතෘන් කිහිපදෙනෙකුගේ සහභාගීත්වයෙන් පළකරන ලද ප්‍රකාශන සම්බන්ධයෙන් සහභාගී වූ කතෘන් අතර සමානුපාතිකව ලකුණු ලබා දෙනු ලැබේ.

III. එකම දත්ත /පර්යේෂණ තොරතුරු මත පදනම්ව පළකරනු ලබන, බොහෝ දුරට සමාන නිගමනයන්ට එළැඹි ඇති ප්‍රකාශන වෙන් වෙන් ප්‍රකාශන වශයෙන් සලකා බලනු නොලැබේ. එවැනි අවස්ථාවකදී ලකුණු ලබා දීම සඳහා ප්‍රකාශනයක් පමණක් සලකා බලනු ලැබේ.

IV. සම්මුඛ පරීක්ෂණයේදී ලකුණු ලබා දෙනු ලැබූ පශ්චාද් උපාධි සුදුසුකමෙහි / පශ්චාත් උපාධි පුහුණුවෙහි කොටසක් ලෙස පලකරන ලද ප්‍රකාශන සඳහා ලකුණු ලබා දෙනු නොලැබේ.

V. ඉහත සියලුම ප්‍රකාශන සුදුසුකම් පරීක්ෂා කරනු ලබන දිනට පෙර ප්‍රකාශයට පත්කර තිබිය යුතුය.

# ආදර්ශ අයදුම්පත්‍රය

## <u>හෙද විදුහල්පති තනතුරට උසස් කිරීම සඳහා තෝරා ගැනීම -2025</u>

01. I මුලකුරු සමග නම : ............................................................................
(පැහැදිලි අකුරින්)

II අනෙකුත් නම් සම්පූර්ණයෙන් : ............................................................................

III ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

02. ලිපිනය :

I කාර්යාලීය : ............................................................................

II පෞද්ගලික : ............................................................................

03. දුරකථන අංකය

I පෞද්ගලික : ............................................................................

II රාජකාරී : ............................................................................

04. I උපන් දිනය :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Y | Y | Y | Y | M | M | D | D |

II 2025 .12.16 දිනට වයස අවු : ................ මාස : ........... දින : ............

05. I 1 ශ්‍රේණියේ/අධි ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන) ලෙස පත්වීම ලද දිනය -
............................................................................

II 1 ශ්‍රේණියේ/අධි ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන) ලෙස පශ්චාද් ප්‍රාථමික හෙද පුහුණුව ලද කණ්ඩායම ................. විභාග අංකය .................. කුසලතාවය ........................

III විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (අධ්‍යාපන) ලෙස පත්වීම ලැබූ දිනය -
............................................................................

IV එම සේවයේ කඩවීමක් ඇත්ද ? :............................................................

V එසේ නම් නැවත සේවයේ පිහිටුවන ලද දිනය :............................................................

VI හෙද පුහුණු පාසල්වල විදුහල්පති තනතුරක කටයුතු කර ඇත්නම්

| සේවා ස්ථානය | සේවා කාලය |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

06. අයදුම්කරු / කාරිය දැනට සේවය කරන ආයතනය - ..........................................

07. සූතිකා කර්මය පිළිබඳ පුහුණුවක් ලබා තිබේ ද යන වග - ..........................................

08. ශ්‍රී ලංකා හෙද සභාවේ / වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි වී සිටී ද යන වග - ..........................................

09. සමත් වූ උසස්ම විභාගය හා අධ්‍යාපන මධ්‍යය - ..........................................

10. රජය යටතේ කලින් සේවය කලේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර - ..........................................

11. භාෂාව පිළිබඳ ප්‍රවීණතාවය

| භාෂාව | කථා කිරීම | කියවීම | ලිවීම |
|---|---|---|---|
| 01. සිංහල | | | |
| 02. දෙමළ | | | |
| 03. ඉංග්‍රීසි | | | |

12. අකාර්යක්ෂමතාවය නිසා මා විශ්‍රාම ගැන්වීමට කටයුතු අරඹා නොමැති බවත්, ඊට විරුද්ධව පවත්නා හෝ ඇති වෙතැයි අදහස් කරන විනයානුකූල ක්‍රියාමාර්ගයක් නොමැති බවත්, ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු සාවද්‍ය බව හෙලි වුවහොත් එසේ සාවද්‍ය බව හෙලි වූයේ තෝරා ගැනීමට පෙර නම් නුසුදුස්සකු වන බවත්, තෝරා ගැනීමෙන් පසු හෙලි වුවහොත් මා සේවයෙන් පහ කිරීමට යටත් වන බවත් දන්වමි.

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

දිනය අයදුම්කරුගේ අත්සන

13. හෙද විදුහල්පතිගේ / විදුහල්පතිනියගේ නිර්දේශය

....................................................... මයා/ මිය/ මෙනවිය ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතේ සඳහන් තොරතුරු නිවැරදිය. නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි.

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

දිනය විදුහල්පති/විදුහල්පතිනියගේ අත්සන හා නිලමුද්‍රාව

14. විෂය භාර නිලධාරීන් විසින් පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව සම්පූර්ණ කළ යුතු ය.

I. නිලධාරිනිය/නිලධාරියා .................................................... දිනට පූර්වාසන්නතම වසර 05 තුළ වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා තිබේ ද ? ...........................................................

(වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා ඇත්නම් කාලසීමාව සඳහන් කරන්න)

**a.** ප්‍රසූත නිවාඩු ..........................................................................................................

**b.** ප්‍රසූත නිවාඩු නොවන වැටුප් රහිත නිවාඩු .........................................................................

II. ............................................ දිනට පූර්වාසන්නතම වසර 05 තුළ නිලධාරියාට විරුද්ධව විනය පරීක්ෂණ කිසිවක් ඇත්ද යන වග - ..........................................................................................

III. පහත වර්ෂවල වැටුප් වර්ධක උපයාගෙන තිබේද ? (ඔව්/නැත ලෙස සඳහන් කරන්න)

2021................................ 2024 ................................
2022 ................................ 2025 ................................
2023 ................................

IV. අනුමත කාර්ය සාධන පටිපාටිය අනුව පහත වර්ෂවල ලබා ඇති කාර්ය සාධන මට්ටම "ඉතා හොඳයි/හොඳයි/සතුටුදායකයි/අසතුටුදායකයි" ලෙස සටහන් කරන්න. (එසේම අදාළ කරගත් කාර්ය සාධන වාර්තාවේ පිටපත අමුණන්න)

2021 .................................... 2024....................................
2022 .................................... 2025 ....................................
2023 ....................................

................................................................ මයා/ මිය / මෙය පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව, ඉහත දක්වා ඇති විස්තර හා අයදුම්පතේ 1 – 12 දක්වා අයදුම්කරුවන් විසින් දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු නිවැරදි බව ද අංක 14 යටතේ මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි බව ද සහතික කරන අතර, ඒ සඳහා මා පෞද්ගලිකව වග කියන බව ප්‍රකාශ කරමි.

................................. ..............................................................................
දිනය විෂයභාර නිලධාරිනිය/නිලධාරියාගේ අත්සන

16. පරිපාලන නිලධාරී /රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය:-

................................................................... මයා/ මිය/මෙය පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව ඉහත දක්වා ඇති විස්තර හා අයදුම්පතේ 1 – 12 දක්වා අයදුම්කරුවන් විසින් දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු නිවැරදි බව ද අංක 14 යටතේ විෂය ලිපිකරු විසින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි බව ද සහතික කරන අතර, ඒ සඳහා මා පෞද්ගලිකව වග කියන බව ප්‍රකාශ කරමි.

................................. ..............................................................................
දිනය පරිපාලන නිලධාරී / රෝහල් ලේකම්ගේ අත්සන

17. ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :

................................................................... මයා/මිය/මෙය පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අයදුම්පතේ සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය බවට නිර්දේශ කරන අතර, ඒ සඳහා පෞද්ගලිකව වග කියන බව ප්‍රකාශ කරමි.
අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

.................................... ......................................................
දිනය ආයතන ප්‍රධානියගේ අත්සන හා නිලමුද්‍රාව

දුරකථන ) 0112669192 , 0112675011
தொலைபேசி ) 0112694033 , 0112675280
Telephone ) 0112675449

ෆැක්ස් ) 0112693866
பெக்ஸ் ) 0112693869
Fax ) 0112692913

විද්‍යුත් තැපැල ) postmaster@health.gov.lk
மின்னஞ்சல் முகவரி )
e-mail )

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

සුවසිරිපාය
சுவசிரிபாய
SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය ) NA/04/Principal/01/2025
எனது இல )
My No. )

ඔබේ අංකය )
உமது இல )
Your No. )

දිනය ) 2025.12. 04
திகதி )
Date )

# සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය
# சுகாதார மற்றும் வெகுஜன ஊடக அமைச்சு
# Ministry of Health & Mass Media

**General Circular Latter No :** 01-50/2025

All Respective Heads of Institutions and

All Nursing Principals

**Recruitment to the Post of Nursing Principal of Ministry of Health**

Applications are called from officers in the post of Nursing Officer (Education) in Special Grade for the post of Nursing Principal which have fallen vacant in the following Nursing Schools.

**01. Nursing School - Anuradapuraya**

02. Officers in the Nursing Service who have fulfilled following qualifications are eligible to apply for this post. And appointments are made based on the merits of marks obtained at the interview. If any appointee fails to report for duties at the station to which he / she is appointed on the basis of merit, his / her appointment shall stand cancelled. And if the officers who are already in the post of Nursing Principal are willing to be appointed to the post of Nursing Principal of the above Nursing Schools they should also apply in accordance with this circular. In an instance where an applicant who is already holding a post of Nursing Principal is selected to any of the above Nursing Schools where vacancies are available, the post of Nursing Principal which falls vacant by such selection will also be filled on the results of this interview.

**2.1 Qualifications**

2.1.1 Should be a Nursing Officer (Education) in Special Grade.

2.1.2 Should not have been Subject to a disciplinary punishment as per the provisions set out in Public Service Commission Circular No 01/2020

2.1.3 Should have earned all increments and completed an active and satisfactory service period during the 05 years immediately preceding.

2.1.4 Should have shown a performance above than the satisfactory level during the period of 05 years prior to promotion according to approved procedure for performance appraisal.

## 03. Method of Application

3.1 Applications prepared by applicants in compliance with the specimen application appended to this Circular should be forwarded to respective Nursing Principals on or before 23.12..2025. On receipt of the applications respective Nursing Principals should state their recommendations in the relevant cage of the application and forward to Director of respective General Hospital/ Director (Admin) 05 of Ministry of Health on or before 30.12.2025.

3.2 Directors of General Hospitals / Director (Admin) 05 Regional Director Of Health Service should check the particulars in applications with records in personal files of the applicants and certify accuracy thereof.

3.3 Duly perfected applications should be forwarded by Directors of Teaching Hospitals / General Hospitals/ Director (Admin) 05 Regional Director Of Health Service along with the report appended to the application to reach Director (Admin) 01, Ministry of Health and Mass Media Suwasiripaya, No. 385, Ven. BaddegamaWimalawansaThero Mawatha, Colombo 10, on or before 05.01.2026. Applications submitted without recommendation of the Head of Institution or a covering letter will not be accented for any reason. Applications not in compliance with this notification will be rejected without any notice.

3.4. Applications received after the closing date will not be considered. In the top left corner of the envelope should bear the legend, "Post of Nursing Principal of Ministry of Health".

## 04. Method of Selection

4.1. After conducting a structured interview by a Board of interview approved by the Health Services Committee and suitable candidates will be selected among the qualified applicants.

4.2. The candidate will be considered eligible to appear for the interview for recruitment to this post, only if he /she has fulfilled all the qualifications mentioned under above 02 in all respects by the closing date for application.

4.3. In proof of qualifications, copies of certificates should be for submitted along with the application.

05. The marking scheme to be applied in the interview is indicated below.

5.1 To the seniority of the special Grade **50 marks**

(Marks will be given for seniority as per Public Service Commission Circular 01/2019)

5.2 For the experience in the Post of Nursing Principal 20 marks

Marks will be given 02 marks for each year and 5 points will be given pro rata for 03 months.

5.3 For special skills **10 marks**

(2.5 marks per skill)

i. For a project related to the field 2.5 marks

ii. For a Publication related to the field 2.5 marks

iii. For a special training course related to the field 2.5 marks
(Training courses of not less than 06 months will only be considered.)

iv. For a research related to the field 2.5 marks

Note : The criteria mentioned in Annexure 01 should be applied when awarding marks for research and publications.

5.4 Professional Qualifications **15 marks**

(Marks will be awarded only for the highest qualification.)

I. For a Diploma course of more than 06 months related to the field
10 marks

II. B.Sc. in Nursing 15 marks

III. No Marks will not be awarded under this section for educational qualifications applied for the basic qualification required for recruitment to the post.

IV. The officer should verification of the authenticity of the relevant degree qualifications from the respective university, in terms of the provisions stipulated by the Circular No. 01/2025 of Public Service Commission.

5.5 Performance shown at the interview **05 marks**

(Leadership, personality, communication skills)

06. This post is permanent and pensionable.You shall contribute to the Widows' and Orphans' / Widowers' and Orphans' Pension Fund.

07. According to the Public Administration Circular No. 10/2025 dated 25/03/2025, this post is entitled to the corresponding salary step of the salary scale starting from the o4 th salary step of MT-08 -2025 and to the Principal Allowance and Teaching Allowance.

08. It shall be the responsibility of the Head of Institution to bring all the contents of this circular to the notice of all eligible officers in the Nursing Service.

09. In case of any inconsistency between the Sinhala, Tamil and English texts of this notification, the Sinhala text shall prevail.

10. Furthermore, decision of the Health Service Committee of the Public Service Commission shall be final in respect of any matter not covered by this notification.

By the order of the Health Service Committee of the Public Service Commission

Dr. Anil Jasinghe,
Secretary
Ministry of Health and Mass Media

Dr. Anil Jasinghe
Secretary
Ministry of Health & Mass Media
"Suwasiripaya"
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,
Colombo 10

Cc :-

Secretary, Health Service Committee of the Public Service Commission– F.I.

## Specimen Application Form

## Selection for Promotion to the Post of Nursing Principal - 2025

01. I Full name with initials : ..........................................................................

(In legible handwriting)

II Other names in full :..........................................................................

III National Identity Card No : | | | | | | | | | | | | |

02. Address:

I Official :..........................................................................

II Private :..........................................................................

03. Telephone No

I Personal :..........................................................................

II Official :..........................................................................

04. I Date of Birth : | Y | Y | Y | Y | M | M | D | D |

II Age as at 16.12.2025 Years :................ Months:................Days:............

05. I Date of appointment to the post of Nursing Officer (Education) in Grade I/ Supra Grade.

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

II Post Basic Nursing Training as a Nursing Officer (Education) in Grade I/ Supra Grade.

Batch........................Index No.......................Merit ...................................

III Date of appointment to the post of Nursing Officer (Education) in Special Grade -

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

IV Is there any service break?: ..........................................................................

V Date of reinstatement, if any: : ..........................................................................

VI If served in a Post of Principal of a Nursing Training School

| Service Station | Period of Service |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

06. Present service station of the applicant - ........................................

07. Whether the applicant has received a training on Midwifery - ........................................

08. Whether the applicant has registered with the Sri Lanka Nursing Council/ Medical Council -

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

09. Highest examination passed and the medium of examination - ........................................

10. If served in the Public Service previously, provide details - ........................................

11. Language Proficiency

| Language | Speech | Reading | Writing |
|---|---|---|---|
| 01. Sinhala | | | |
| 02. Tamil | | | |
| 03. English | | | |

**12.** I hereby declare that no action has been initiated to retire me due to inefficiency and there is no disciplinary action against me or intended to be taken against me due to inefficiency. And, I am aware that I will be disqualified if particulars provided by me are found to be false or incorrect prior to selection and I am liable to be dismissed from the service if found so after selection.

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

Date                Signature of the Applicant

**13.** Recommendation of the Nursing Principal

Particulars furnished in the application of Mr./Mrs./ Miss. ........................................................................
are accurate according to his / her personal file. I recommend and forward the application.

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

Date                Signature and Official Stamp of the Principal

**14.** To be filled by the officer in charge of the subject according to the personal file.

I. Has the officer obtained leave on no-pay during the period of 05 years immediately preceding? ........................................................................
(Mention the period of leave on no-pay, if obtained any)

a. Maternity Leave........................................................................
b. Leave on no-pay other than the maternity leave........................................

II. Whether there is any disciplinary inquiry against the officer during the period of 05 years immediately preceding ..........................................

III. Has the officer earned increments in the following years? (Mention as Yes / No)

2021 ................................ 2024 ................................
2022 ................................ 2025................................
2023 ................................

IV. Indicate the performance levels to which the officer has reached in the following years according to the approved performance appraisal procedure as "Very Good / Good / Satisfactory / Not Satisfactory" (Attach a copy of the performance report applied)

2020 ........................... 2023 ...........................
2021 ........................... 2024...........................
2022 ...........................

**15.** I do hereby certify that the particulars given above and all particulars provided by the applicant from 1 – 12 in the application and particulars provided by me under No. 14 are accurate according to the personal file of Mr. / Mrs. / Miss.................................................................. and I declare that I am personally responsible in this respect.

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

Date Signature of the Officer in Charge of the Subject

**16.** Recommendation of the Administrative Officer / Hospital Secretary:

I hereby certify that the particulars given above and all particulars provided by the applicant from 1 – 12 in the application and particulars provided by the subject clerk under No. 14 are accurate according to the personal file of Mr./ Mrs./ Miss. .................................................................. and I declare that I am personally responsible in this respect.

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

Date Signature of the Administrative Officer / Hospital Secretary

**17.** Recommendation of the Head of Institution :

I recommend that the provided in the application of Mr./ Mrs./ Miss. .................................................................. are accurate according to his/ her personal file and I declare that I am personally responsible in this respect. I recommend / do not recommend the application.

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

Date Signature and Official Stamp of Head of the Institution